

2014

“Institucionalización y Familia. ¿Vulneración de derechos legitimada?”

Peralta, Juan Marcelo

Directora: Mgter. Eliana Lazzaro

Co-directora: Mgter Silvia García

Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

18/11/2014



Índice

Primera parte: MARCO TEÓRICO	6
Capítulo 1: DISCAPACIDAD.....	7
1.2 - La discapacidad en su definición social.....	8
1.3 Modelos de interpretación.....	11
1.4 Las representaciones sociales entorno a la discapacidad.	18
1.5- Marco legal.	19
1.6 Precisiones Finales.	24
Capítulo 2: FAMILIA.....	25
2.1 Tipos de Familia.	26
2.2 Vínculos Intrafamiliares.....	29
2.2 Ciclos de la vida familiar.	29
2.3 Las Crisis Familiares.....	30
2.4 Trayectoria Familiar.....	32
2.5 Presencia de Persona con Discapacidad en la Familia.....	33
Capítulo 3: INSTITUCIONALIZACIÓN.....	34
3.1 Cumplimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad.....	34
3.2 Segregación y control social en las instituciones.	35
3.3. Familia e institucionalización.	37
3.4 L a intervención desde el Trabajo Social.....	38
3.4.1 Alternativas y propuestas desde el Trabajo Social.....	39
Segunda parte: METODOLOGÍA, LECTURA E INTERPRETACIÓN DE DATOS	42
Capítulo 4: Metodología.	43
Metodología y procedimiento para el trabajo.....	43
Problema.....	45
Pregunta generadora de la investigación.....	45
Objetivo general.	45
Objetivos específicoS.	46

Capítulo 5 Lectura e interpretación de datos.....	46
Análisis De Datos.....	46
Tercera parte: ANÁLISIS INSTITUCIONAL, CONCLUSIONES Y PROPUESTA FINAL.	
.....	65
Capítulo 6: Descripción Institucional.	66
Capítulo 7: Conclusiones	69
Capítulo 8: Propuestas.	74
ANEXOS.	76
Anexo I	77
LEY 26.378 CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO	77
ANEXO II.....	106
Ley 22431	106
INSTITUCION DEL SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS.	106
Anexo III.....	116
LEY PROVINCIA DE MENDOZA N° 5.041	116
RÉGIMEN DE PROTECCIÓN PARA LAS PERSONAS DISCAPACITADAS MENDOZA, 19 DE SETIEMBRE DE 1985.....	116
Anexo IV.....	123
LEY NRO. 26.657 LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.....	123
Bibliografía.....	133

Introducción.

El presente trabajo es una investigación social en el Instituto Concepción Jorba de Funes Jorba de Funes acerca de la Institucionalización de personas con discapacidad y las causas que determinan la misma. Para esto se abarco a las familias que aún tienen contacto con las personas albergadas, para lograr dilucidar las causas que determinan y sostienen la institucionalización para así, poder trabajar sobre las mismas y evitarlas; ya que estos mecanismos se orientan, manifiestamente, a la exclusión de estas personas de la comunidad y la vida social.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece en su ART. 3 (letras c) “La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad”. Sin embargo, la institucionalización sigue siendo una práctica común y difundida en Argentina y con una clara tendencia a la cronicidad.

La institucionalización es una realidad que produce consecuencias negativas a las personas que residen en el Instituto Jorba de Funes. Entre ellas, podemos destacar: el aislamiento de su red familiar y comunitaria, los mecanismos de dependencia crónica a la Institución, el debilitamiento y en otros casos la restricción de la capacidad de autonomía, entre otros.

El presente estudio y el interés sobre el tema surgen a partir de la experiencia personal como fruto de mi desempeño laboral en la nombrada institución. Estas, permitieron tomar contacto con dicha realidad y plantear interrogantes que guían esta tesis, tales como: ¿Cuáles son las causas que produjeron la institucionalización? o ¿Qué recursos institucionales, económicos y familiares activó la familia, previo a la institucionalización?

El trabajo se divide en tres partes, la primera se presenta una visión teórica en relación a tres grandes ejes temáticos: Discapacidad, Familia e Institucionalización. El objetivo es poder acercarse a las distintas piezas que componen la complejidad de la temática abordada, tomando conocimiento de los desarrollos teóricos que los explican. La segunda parte contiene el proceso metodológico que enmarca a la presente investigación: el tipo de

“Institucionalización y Familia. ¿Vulneración de derechos legitimada?”

investigación, las categorías construidas, las herramientas para recolección de datos, etc. que fueron posteriormente utilizados para la lectura e interpretación de datos.

Finalmente, la tercera parte presenta una descripción institucional, las conclusiones arribadas producto de la lectura y el análisis de los datos y una propuesta final desde el Trabajo Social.

Primera parte: MARCO TEÓRICO

Primera parte: MARCO TEÓRICO.

Capítulo 1: DISCAPACIDAD.

Según la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, “las personas con discapacidad, incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”(Convencion, 2006)¹. Y según la legislación nacional (Ley 22431) “A los efectos previstos en esta ley, se considera discapacitada a toda aquella persona que presente alteraciones funcionales físicas, mentales o sensoriales, permanentes o prolongadas, que en relación a su edad y medio social impliquen desventajas considerables para una adecuada integración familiar, social, educacional o laboral”(22.431, 1981)²

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS define Discapacidad entendiendo que es un término general que abarca las *deficiencias*, las *limitaciones de la actividad* y las *restricciones de la participación*(Salud, 2001)³

Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

¹Convencion, C. I. (13 de Diciembre de 2006). ONU. Nueva York.

²22.431, L. (16 de Marzo de 1981). Régimen de Protección para las personas con Discapacidad. Buenos Aires.

³Salud, O. M. (2001). Convención Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra, Suiza.

Deficiencia: es toda pérdida (total o parcial) de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad (por la deficiencia), en la forma o dentro del margen que se considere normal (esperable) para un ser humano.

Desventaja: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol. Significa desde lo social, desventaja con respecto a sus pares, se caracteriza por una discordancia entre la actuación de las personas y las expectativas del grupo de pertenencia.

De lo cual se desprende que una discapacidad es siempre consecuencia de una deficiencia que altera de algún modo alguna función. En cambio, la minusvalía depende de la relación entre una persona y su medio, es decir, estaría más relacionada con el contexto, con el entorno social.

1.2- La discapacidad en su definición social.

En el año 1993 la Lic. Liliana Pantano definía la discapacidad como “la restricción o ausencia de capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

“Hablar de discapacidad o desventaja, en un sentido general, es hacer referencia a posibilidades limitadas de desarrollo humano. Y esa limitación no está dada exclusivamente por las carencias (físicas, mentales o de otro tipo) de quien está impedido, sino también por la misma comunidad a la que pertenece, en tanto y en cuanto no siempre ofrece medios alternativos de superación y/o promoción”(Pantano, 1993).⁴

Ferreira, Miguel expone: “No se trata de “victimizarlos”, y asumir que toda culpa recae en el medio social (eso sería una nueva versión de las viejas concepciones): se trata de evidenciar que al tomar en consideración la dimensión social de la discapacidad se comprueba que su caracterización es significativamente negativa, en términos estructurales, por lo que alguna influencia debe tener el medio social en la constitución de la misma”(Ferreira, 2008)⁵

⁴Pantano, L. (1993). La discapacidad como problema social: un enfoque sociológico. Reflexiones y propuestas. Buenos Aires: Eudeba.

⁵Ferreira, Miguel. “Una aproximación a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos”. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis). Nº 124, 2008, p.p 141-174.

Volviendo a Pantano, esta autora no solo la definía sino se dio a la tarea de reflexionar sobre como la viven los mismos implicados y su impacto en la sociedad. Para esto toma la definición de Paul B. Horton y Gerald R.: “(...) los problemas sociales constituyen una condición que afecta a un número importante de personas, de modo considerado inconveniente y que, según se cree, debe corregirse mediante la acción social colectiva.

Los problemas sociales son:

1)...una condición Es decir, reconocen un origen social, implican situaciones creadas por el hombre o que él puede modificar, excluyendo así lo natural o lo sobrenatural, y poseen cierto grado de permanencia. Esa condición está dada por varios factores tales como: - desde el punto de vista individual:

a) *Las desventajas*-originadas en trastornos congénitos, enfermedades transmisibles y no transmisibles, mala nutrición, accidentes diversos, secuelas de guerra, etc., que la persona afectada tiene respecto a otros de su misma edad, sexo y cultura, para enfrentarse a las exigencias del medio social;

b) *Sus otras capacidades o capacidades residuales*, que con debido entrenamiento y las necesarias oportunidades pueden equiparar las desventajas planteadas, y

-desde el punto de vista social:

c) *El “estado de bienestar”*, alcanzado por la comunidad;

d) *Los mecanismos alternativos* que esta brinda- ya sea en el plano humano, técnico o financiero- para actualizar diferentes potencialidades, y

e) *Su capacidad operativa para eliminar barreras* (sociales y arquitectónicas) que impidan o dificulten la realización de los individuos desventajados transitoria o permanentemente”(Pantano, 1993)⁶

2)...que afecta a un número importante de personas

Magnitud Cuantitativa: “Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010).

Según la *Encuesta Mundial de Salud*, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la *Carga Mundial de Morbilidad* estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La *Encuesta Mundial de Salud* señala que, del total estimado de personas en situación de discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la *Carga Mundial de Morbilidad* cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad

⁶PANTANO, L. (1993). La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas. EUDEBA, Buenos Aires. Pág. 28-29

grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la *Carga Mundial de Morbilidad* mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”.(SALUD, 2011)⁷

“El último censo nacional en Argentina reveló que sobre una población de 40.091.359 personas, el porcentaje que presenta algún tipo de dificultad o limitación permanente (física y/o mental) es de 12,9% sobre el total de población en viviendas particulares. Las dificultades o limitaciones (de carácter permanente) relevadas son: dificultad visual, dificultad auditiva, dificultad cognitiva, dificultad motora (para agarrar objetos y para moverse). Es necesario tener en cuenta que lo que aquí se presenta son las dificultades o limitaciones permanentes (físicas y/o mentales) de acuerdo a la declaración en el cuestionario censal. Con relación a la medición específica de las personas en situación de discapacidad, se llevará a cabo durante el año 2012 la Segunda Encuesta Nacional de Personas en situación de discapacidad, lo que permitirá contar con información más precisa y detallada”(INDEC, 2010)⁸

Magnitud Cualitativa: C. Wright Mills hace una diferenciación entre las “inquietudes” y los “problemas” de una sociedad. En el primer caso, se ve “amenazado un valor amado por un individuo”; en el segundo, “un valor amado por la gente”.

Y esto último nos compromete. A pesar de las cifras, lo que realmente interesa no es tanto “cuántos son”, sino que –en términos de Mills- se ve amenazado aquello que es relevante para una comunidad: la dignidad que debe gozar el ser humano como tal. Esto, sencillamente, justifica encarar a situación aunque el número de casos no sea alto.

3)...de modo considerado inconveniente

Como es sabido, todos los problemas no afectan de igual modo a todas las comunidades, ya que una condición, sea o no deseable, depende de los valores aceptados por la población. No obstante, para que se pueda pensar que cierta “condición” es un problema social, se debe reconocer como socialmente indeseable. En otros términos, debe existir en la sociedad cierto grado de conciencia de que existe una condición no deseada.

Toda discapacidad plantea diferentes limitaciones que inciden socialmente de modo perjudicial: porque no puede lograr una realización plena o porque no puede aportar al aparato productivo o tal vez porque no hay respuesta social a las necesidades individuales, etcétera.

⁷ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, BANCO MUNDIAL (2011) Resumen “Informe sobre la discapacidad”. Recuperado el 08/03/2014

⁸INDEC. (2010). *CENSO DE POBLACION, HOGARES Y VIVIENDAS*. Recuperado el 08 de Marzo de 2014, de http://www.censo2010.indec.gov.ar/archivos/novedades/gacetilla_29_12_11.pdf

4)... que debe corregirse mediante la acción social colectiva

Este último elemento, esencial de un problema social, según Horton y Leslie, es que esa “conciencia de la condición indeseada” se vea acompañada por la idea de que puede y debe hacerse algo –en forma organizada, privada o institucionalmente- para resolverla.

Es indudable que solo la acción colectiva puede atacar el problema de la discapacidad. Acción colectiva que concretamente se expresa en la planificación y acción sectorial y multisectorial, en las investigaciones científicas y tecnológicas, en campañas de prevención y tratamiento, construcción de centros adecuados, legislación pertinente, etcétera.

El sustrato indiscutido de la acción es la concientización. Solamente una conciencia clara del problema puede vislumbrar los recursos necesarios para encarar soluciones eficaces y, tal vez, la difusión masiva generada por órganos públicos y privados sea uno de los pasos preliminares.

Por lo tanto, la discapacidad es un problema social en tanto y en cuanto, por enfermedad, por accidente, por mala alimentación, etc., ciertas personas se ven afectadas y limitadas para llevar una vida según el patrón cultural vigente. Limitación que no depende solamente del individuo que la padece, sino de las posibilidades de integración y promoción que la comunidad ofrece. Esa situación es reconocida como perjudicial y, por ende, no deseada conscientemente por la sociedad. Esa conciencia de lo no querido es lo que debe motivar la acción rectificadora”⁹

“Por otra parte no debe olvidarse que *todo hombre* –con discapacidad o sin ella- es una *persona social*, que forma parte de una sociedad y participa de una cultura sobre la que influye y por la que es influido. Por naturaleza es gregario y necesita relacionarse con otros hombres para lograr un desarrollo pleno y armónico”.¹⁰

Finalmente, la Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, a la cual adhiere la República Argentina con la Ley 26.378 destaca que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”(Ley Nacional 26.378)¹¹

1.3 Modelos de interpretación

“La discapacidad alude a cuestiones de tipo traumática, por la imposibilidad misma de poder pensar una situación que no se sabe de dónde asirla, que en general está desgajada

⁹PANTANO, L. (1993). La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas. EUDEBA, Buenos Aires. Pág. 33

¹⁰Ibidem pág. 43.

¹¹Ley Nacional 26378 “Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Preámbulo inciso “e”. Ver Texto completo en Anexo I.

de toda historia y acontece en forma intempestiva e inesperada, no se sabe desde donde asirla porque carece de los mediadores simbólicos para enfrentarse a ella y desgajada porque es inesperada, no forma parte de ninguna expectativa”(SILBERKASTEN M. , 2006)¹²

Así este autor nos introduce en sus reflexiones en torno de la construcción subjetiva que la sociedad hace de la discapacidad, cuando ésta irrumpe encontramos en el medio cultural-social un correlato que asocia a la problemática con distintos valores. A lo largo de la historia este correlato se ha ido revisando y han surgido distintas concepciones teóricas de la discapacidad, cada una de las cuales ha propuesto distintas posibilidades de atención de la misma.

A continuación vamos a tomar los desarrollos teóricos del Doctor Mario Serrat quien es miembro del “Grupo de Trabajo Sobre la Problemática de la Discapacidad” de la Universidad Nacional de Mar del Plata. En uno de sus trabajos ofrece una revisión de algunas características de los modelos asistenciales que han influenciado en la atención a las discapacidades, reflejando cada uno de ellos un conjunto de valores y actitudes generales predominantes en una época.

EL MODELO MEDICALIZADO DE LA ATENCIÓN A LAS DISCAPACIDADES	
Teoría económica dominante	Liberalismo clásico. Colonialismo. Cuestionamientos desde el Marxismo
Contexto sociopolítico mundial	Hegemonía política y cultural Europea. Marcado clasismo social. Positivismo científico. Industrialismo. Organización del proletariado.
Contexto sociopolítico local	Hegemonía bonaerense y porteña. Estructura agrícola-ganadera. La estancia como centro de desarrollo productivo. Desarrollo industrial en grandes ciudades. Migraciones internas y externas.
Interpretación de Salud, Enfermedad y Discapacidad	Medicalización de los conceptos. Asistencia médica ceñida a la esfera privada, progresiva difusión del concepto de salud pública

¹²SILBERKASTEN, M. (2006) La construcción imaginaria de la discapacidad. Topía editorial. Buenos Aires. Pag 18.

Valoración de la Discapacidad		Escasa diferenciación con enfermedades crónicas. Desvalorización social del afectado.
Políticas asistenciales		Inespecíficas. Delegación asistencial en sociedades benéficas.
Metas asistenciales		Cobertura de necesidades personales elementales: alimentación, abrigo, seguridad.
Actividad asistencial		Asilar, hospitalaria, junto a enfermos crónicos.
Partes involucradas	Asistido	Paciente. Sujeto pasivo. Dependiente. Obediente.
	Asistentes	Conducción médica. Disciplinas paramédicas. Institución sanatorial. Relación asimétrica: institucionalización, hospitalismo, baja complejidad tecnológica.
	Sociedad	Entorno social próximo. Nivel social micro (individual-familiar). Entre sectores pobres, tendencia al parasitismo social, al asistencialismo y al clientelismo.

Fuente: (SERRAT, 2004)¹³

EL MODELO SOCIALIZADO DE LA ATENCIÓN A LAS DISCAPACIDADES	
Teoría económica dominante	Revolución tecnocientífica. Estado de Bienestar.
Contexto sociopolítico mundial	Utilitarismo. Polarización del mundo: capitalista; comunista; tercer mundo. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Declaración de Alma- Ata.

¹³SERRAT, M “Sobre los modelos aplicados a la interpretación, clasificación y atención de las discapacidades” en DELL’ANNO, A; CORBACHO; M y SERRAT, M (coordinadores) Alternativas de la diversidad social: las personas en situación de discapacidad (2004) Espacio Editorial. Buenos Aires. Pág. 111. (SERRAT, 2004)

Contexto sociopolítico local		Populismo. Derechos sociales. Proceso de industrialización. Sindicalismo. Mutualismo.
Interpretación de Salud, Enfermedad y Discapacidad		Equilibrio bio-psico-social. Interés social de la salud. Atención primaria de la salud. Concepción Moderna de Discapacidad y Rehabilitación.
Valoración de la Discapacidad		La Discapacidad como consecuencia de la enfermedad. Deficiencia; discapacidad, minusvalía. Funcionamiento; actividad, participación social; factores contextuales.
Políticas asistenciales		Prevención. Intervención temprana. Coordinación de sistemas socio-asistenciales para la rehabilitación. Discriminación positiva.
Metas asistenciales		Restituir la autonomía personal. Reintegración social.
Actividad asistencial		Centros de alta complejidad. Equipos interdisciplinarios; planes terapéuticos coordinados. Industria de la rehabilitación
Partes involucradas	Asistido	De paciente a persona. Mayor respeto por su autonomía; consentimiento informado. Participación activa en los tratamientos.
	Asistentes	Interdisciplina. Especialización profesional. Coordinación de programas socioasistenciales integrados.
	Sociedad	Comunidad. Nivel social meso. Mayor información y concientización social.

Fuente: (SERRAT, 2004)¹⁴

¹⁴SERRAT, M “Sobre los modelos aplicados a la interpretación, clasificación y atención de las discapacidades” en DELL’ANNO, A; CORBACHO; M y SERRAT, M (coordinadores) Alternativas de la diversidad social: las personas en situación de discapacidad (2004) Espacio Editorial. Buenos Aires. Pág. 111. (SERRAT, 2004)

EL MODELO MERCANTILISTA CON RIQUEZA.		
Teoría económica dominante	Neoliberalismo. Economías globalizadas.	
Contexto sociopolítico mundial	Concentración de la riqueza en el sector social más rico.	
Contexto sociopolítico local	Beneficiarios de la crisis socioeconómica y la corrupción en la función pública. Actividades subsidiadas por el estado. Giro al exterior de ganancias.	
Interpretación de Salud, Enfermedad y Discapacidad	Omisión del valor social de la salud. Su cuidado y atención por cuenta del interesado, en el sector privado.	
Valoración de la Discapacidad	La Discapacidad como parte de la diversidad humana. Cuestionamiento al enfoque medicalizado.	
Políticas asistenciales	Escasa intervención estatal. Prevención primordial y primaria.	
Metas asistenciales	Ejercicio pleno de derechos y responsabilidades ciudadanas.	
Actividad asistencial	Transdisciplina. Objetivos fijados por el asistido.	
Partes involucradas	Asistido	Condición de ciudadanos. Solo reconocen como propias sus deficiencias. La Discapacidad es impuesta por la sociedad.
	Asistentes	Equipos polidisciplinarios. Compensación de deficiencias. Reordenamiento inclusivo de estructuras y diseños del ámbito social.
	Sociedad	Sociedad de iguales. Obligación de eliminar barreras materiales y conceptuales discapacitantes.

Fuente: (SERRAT, 2004)¹⁵

EL MODELO MERCANTILISTA CON POBREZA.	
Teoría económica dominante	Neoliberalismo. Economías globalizadas. Relativización de la universalidad de los derechos de ciudadanía social. Intervención mínima del estado
Contexto sociopolítico mundial	Aumento de la pobreza e indigencia social. Pobreza estructural. Inequidad y violencia social.
Contexto sociopolítico local	Crisis socioeconómica. Recesión productiva. Desocupación. Flexibilización laboral. Pérdida de coberturas sociales. Políticas de ajuste. Privatización de los servicios socioasistenciales y desguace del estado.
Interpretación de Salud, Enfermedad y Discapacidad	Omisión del valor de la salud. Desmembramiento de los sistemas públicos de salud. Desinterés del sector privado por el cliente de escasos recursos.
Valoración de la Discapacidad	La discapacidad como causa justificada de exclusión del modelo. Darwinismo social (supervivencia del más apto)
Políticas asistenciales	Aplicación de políticas neomalthusianas. Insuficiente intervención estatal por falta de recursos. Asistencia selectiva en casos con pronósticos exitosos.
Metas asistenciales	Supeditadas a la relación

¹⁵SERRAT, M “Sobre los modelos aplicados a la interpretación, clasificación y atención de las discapacidades” en DELL’ANNO, A; CORBACHO; M y SERRAT, M (coordinadores) Alternativas de la diversidad social: las personas en situación de discapacidad (2004) Espacio Editorial. Buenos Aires. Pág. 111. (SERRAT, 2004)

		costos/beneficios.
	Actividad asistencial	Supeditadas a la relación costos/beneficios. Actividad de orientación eugenésica (mejora de rasgos hereditarios humanos) y eutanásica.
Partes involucradas	Asistido	Responsables de su condición. Delatados como cargas para el desarrollo del modelo.
	Asistentes	Planteles mínimos.
	Sociedad	No-reciprocidad social. Participación a título caritativo o benéfico.

Fuente: (SERRAT, 2004)¹⁶

Cada uno de estos modelos nos ofrece una mirada completa (y compleja) y contextualizada, abarcando el plano internacional y local. Esta es la riqueza del presente aporte. Existen también otras clasificaciones de los distintos marcos para explicar y entender la Discapacidad. Resulta interesante mencionar brevemente los modelos presentados por la OMS en su documento del año 2001 “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud”, resultado de un extenso replanteo de anteriores clasificaciones, donde se dio participación a distintos organismos internacionales relacionados con la temática. Allí se describen tres modelos:

□ *“El modelo médico:* considera a la Discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la Discapacidad está encaminado a conseguir la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

□ *Modelo biopsicosocial:*¹⁷ Consecuencia de la interacción entre un individuo (con una deficiencia) y su entorno físico y social. Discapacidad: término genérico que incluye: las

¹⁶SERRAT, M “Sobre los modelos aplicados a la interpretación, clasificación y atención de las discapacidades” en DELL’ANNO, A; CORBACHO; M y SERRAT, M (coordinadores) Alternativas de la diversidad social: las personas en situación de discapacidad (2004) Espacio Editorial. Buenos Aires. Pág. 111. (SERRAT, 2004)

¹⁷Clasificación Internacional de Funcionalidad, de la Discapacidad y de la salud. OMS 2001. Pág. 27.

deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Plantea que la concepción del sujeto es resultante de: fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales. El tratamiento impartido tiene que ver con la inclusión social y pone énfasis en la rehabilitación integral y el entorno accesible. Las posibilidades de inclusión social están supeditadas al tratamiento de la condición de salud de las personas (rehabilitación) y a la construcción de facilitadores ambientales.

□ *El modelo social*: considera el fenómeno un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas a la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto el manejo del problema requiere de la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo la Discapacidad se configura como un tema de índole política.

□ *El modelo de la diversidad*: Postula un significativo e interesante cambio de terminología: propone la diversidad funcional como concepto superador al de discapacidad y la dignidad humana como valor inherente a la esencia del ser humano y no la valoración funcional del mismo. La normalidad es una ficción estadística de carácter instrumental. Plantea que la diversidad y la diferencia es un atributo inmanente a la propia existencia del ser humano. Propone que la autonomía moral no es autonomía funcional y pone énfasis en la autodeterminación y en la independencia. Este modelo debido a su incipiente desarrollo conceptual cuenta con escasas experiencias de aplicabilidad.

1.4 Las representaciones sociales entorno a la discapacidad.

Para comprender qué entendemos cuando hablamos de representaciones sociales, vamos a remitirnos a otro término estrechamente vinculado “concepción”. “Éste deriva del latín “conceptio,ōnis”, que significa acción y efecto de concebir; concebir deriva del verbo “concipio, ēpi, ceptum”: formar idea. En esta formación de ideas se conjugan distintos elementos: sistemas de valores, creencias populares, experiencias que le asignan a las cosas un lugar en la vida cotidiana, compartidos por un grupo humano.

“Las concepciones pueden ser consideradas como un modo de organizar el conocimiento de la realidad, construyéndose socialmente y elaborándose a partir de códigos de interpretación culturalmente compartidos. No constituyen opiniones momentáneas y/o fragmentadas, sino construcciones en torno a algún aspecto del mundo circundante que se estructuran mediante unavariedad de informaciones, percepciones, imágenes,

valores, creencias y actitudes vigentes en un grupo social determinado”(AMADÍO & DI CLEMENTE, 2004)¹⁸

La CIF¹⁹ (Clasificación Internacional de Funcionalidad, 2001) utiliza el término Discapacidad para hacer referencia a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social. Por lo tanto, las representaciones del entorno social son cruciales y actúan como facilitadores u obstáculos en la integración de estas personas.

En relación a esto el Psicólogo Marcelo Silberkassen plantea que... “si la discapacidad es en función del otro social, se trata de una marca identitaria, trabajar para un reposicionamiento subjetivo en un sujeto que porta un cuerpo con sus dificultades e imposibilidades particulares se vuelve un camino no sólo posible sino ineludible. Los reposicionamientos deben cuestionar al entorno, al otro social que a su vez se posiciona de una manera que refleje una imagen distinta a la que, imaginario mediante, constituía la red de armado subjetivo.

En las representaciones sociales se tiende a discriminar al otro y a poner como criterio de normalidad a nosotros. Sin embargo la característica fenomenal de la estigmatización pasa por los procesos tanto de atribución externa, de cómo ven los otros como diferente al estigmatizado, como así también la plena asunción por el sujeto mismo de esa condición estigmatizante.

Solo podemos acercarnos a la idea de discapacidad a partir de una diferencia y una falta con respecto a otro. Pero ¿cuál falta? Lo imaginario sale a nuestra ayuda: los ideales moldean nuestro deseo a las condiciones que nuestro cuerpo hace posible. La capacidad funcional del cuerpo también está atravesada por lo social y se desea finalmente, conscientemente, generalmente, lo que es posible de tener”(SILBERKASTEN M. , 2006)²⁰.

1.5- Marco legal.

¹⁸AMADÍO, D., & DI CLEMENTE, L. y. (2004). La problemática de la discapacidad: un desafío en la formación de los Trabajadores Sociales. En A. DELL'ANNO, & M. y. CORBACHO, *Alternativas de la diversidad social: las personas en situación de discapacidad* (pág. 227). Buenos Aires: Espacio Editorial.

¹⁹ Clasificación Internacional de Funcionalidad, de la Discapacidad y de la salud. OMS 2001

²⁰SILBERKASTEN, M. (2006). La Construcción Imaginaria de la Discapacidad. Buenos Aires: Topía Editorial.

Existe en la Argentina un conjunto de leyes que regulan y establecen estándares mínimos como marco para la actuación responsable, tanto de individuos como de instituciones, en relación de las personas en situación de discapacidad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.²¹

La misma es aprobada por resolución de la Asamblea general de las Naciones Unidas el 13 de diciembre del 2006, entrando en vigencia el 12 de mayo de 2008.

La convención es un tratado internacional de derechos humanos. El tratado internacional es como un contrato escrito entre los estados donde estos se comprometen a respetar estándares mínimos de protección de los derechos contenidos en dicho instrumento.

En la Argentina es aprobada mediante la ley n° **26.378**, reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La convención pretende generar un cambio social que asegure a las personas con discapacidad su plena integración a la sociedad, eliminando las barreras que impiden su participación.

Los principios que propone son:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Obligaciones generales (compromisos asumidos por los estados parte):

- a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;

²¹Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Art. 1)

b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;

c) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad;

d) Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño, universal en la elaboración de normas y directrices;

e) Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;

f) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas(Convenio, 2006)

Ley 22.431 Régimen de Protección para las Personas con Discapacidad. Buenos Aires 16 de Marzo de 1981(22.431, 1981).²²

Esta ley fue sancionada a nivel nacional y tiene por objetivo “instituir un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les da la oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales”.

Ley 5.041 Régimen de Protección de las Personas con Discapacidad. 19 de Septiembre de 1985(5.041, 1985).²³

Esta ley es provincial y se acopla a la 22431 “Régimen de Protección de las Personas con Discapacidad”.

En su texto identifica a los destinatarios de la misma como “aquella persona que presente alteraciones funcionales físicas, mentales o sensoriales, permanentes o prolongadas, que en relación a su edad y medio social impliquen desventajas considerables para una adecuada integración familiar, social, educacional o laboral.”

22 Ley 22.431 Régimen de Protección para las Personas con Discapacidad.

23 Ley 5.041 Régimen de Protección de las Personas con Discapacidad.

Crea en su artículo 5 a la Dirección Provincial de Asistencia Integral al Discapacitado, quien tiene entre sus facultades:

- ☐ Realizar tareas de prevención, diagnóstico y tratamiento así como disponer los medios para la rehabilitación integral;
- ☐ Otorgar el certificado de discapacidad, el cual contendrá la especificación de su naturaleza y su grado como así las posibilidades de rehabilitación del afectado y la indicación de tipo de actividad laboral que pueda desempeñar teniendo en cuenta el dictamen de la Junta Calificadora;
- ☐ Expedir el carnet que identifique al discapacitado como tal, teniendo éste validez a esos efectos ante todas las autoridades que deban requerirlo;
- ☐ Elaborar un plan provincial de largo alcance para rehabilitación del discapacitado, que será incluido en los planes de desarrollo socio-económico de la Provincia;

En el marco de la igualar oportunidades otorga a las personas, debidamente evaluadas y certificadas, beneficios en distintas áreas:

- ☐ Cupos para trabajos dentro de todas las reparticiones estatales, correspondientes al 4% del ingreso que se produzca anualmente.
- ☐ Detección y derivación de los educandos discapacitados y reglamentar su ingreso en los diferentes niveles y modalidades y el egreso de los mismos, con arreglo a las normas vigentes, tendiendo a su integración al sistema educativo corriente.
- ☐ Créditos en bancos estatales para la instalación, aprovisionamiento y/o mejoramiento de pequeños comercios.
- ☐ Traslado gratuito en empresas de transporte terrestre, en el trayecto que medie entre el domicilio del discapacitado y el establecimiento educacional,

Ley 24.901 Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad. 05 de Noviembre de 1997(24.901, 1997).²⁴

Esta ley contempla acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindar una cobertura integral a las necesidades y requerimientos de las personas con discapacidad.

En su artículo n° 2 dispone con carácter obligatorio la cobertura total para los afiliados a las obras sociales enunciadas en el artículo 1 de la ley 23.660, las prestaciones enunciadas en la presente ley.

Modifica el primer párrafo del artículo 4 de la ley 22.431, quedando redactado de la siguiente forma: “El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas

24 Ley 24.901 Sistema de Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad..

o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios”²⁵. Las personas que no cuenten con cobertura social, recibirán de los organismos estatales los mismos beneficios. Entre las prestaciones que contempla se encuentran:

- ☐ Prestaciones de rehabilitación;
- ☐ Prestaciones educativas;
- ☐ Prestaciones asistenciales;
- ☐ Estimulación temprana;
- ☐ Formación laboral;
- ☐ Provisión de elementos técnicos (sillas de ruedas, ortesis, prótesis, etc.);
- ☐ Sistemas alternativos al grupo familiar (residencias, hogares)

Finalmente la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental. 25 de Noviembre de 2010.(26.657, 2010)²⁶

Cuyo objeto es “Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional”.

En su artículo n° 10 establece que “Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión” a través de consentimientos informados, a fin de que puedan optar por los tratamientos que consideren más adecuados para ellos mismos, respetando sus derechos, deseos y aspiraciones.

Dentro de esta ley la Internación es:

- ✓ Es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.
- ✓ Lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.

La internación involuntaria sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Sin duda, a partir de la declaración de la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, muchos debates deben todavía tener lugar en la Argentina y en Mendoza, respecto de la terminología contenida en las leyes expuestas, de las acciones realizadas y omitidas, del trato dado a las personas en situación de discapacidad, etc.

²⁵ Ley 24.901 Sistema de Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, artículo 3.

²⁶ Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

1.6 Precisiones Finales.

Para dar cierre a este apartado se hace necesario aclarar con detalle los términos y significados a utilizar a lo largo del estudio.

Cuando se habla de Discapacidad, se hace referencia a un término dinámico, que en general habla de una interacción negativa entre los factores de salud de un sujeto determinado y su contexto social. Se tomará como definición conceptual la elaborada por la OMS en la CIF “Término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores personales y ambientales)(Clasificación Internacional de Funcionalidad, 2001)²⁷

Las distintas manifestaciones de discapacidad se pueden tipificar de la siguiente manera:

“Discapacidad mental: término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad, habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas

Se diferencia a su vez en:

- **Leve:** la persona puede autoabastecerse.
- **Moderada:** se autoabastece pero bajo la supervisión de profesionales.
- **Severa:** el autoabastecimiento depende de la asistencia.
- **Profunda:** esta persona requiere cuidados controlados por sus

impedimentos físicos.

Las causas de esta discapacidad son tres: factores prenatales, peri natales y post natales.

Discapacidad sensorial: aquellas personas que presentan pérdida o disminución de la función de alguno de los órganos de los sentidos, y, por lo tanto están privados de algunos estímulos provenientes del mundo exterior.

Discapacidad sensorio - motora: (neurolocomotora, física o motriz) individuos que presentan alguna deficiencia física (como secuela de alguna enfermedad o accidente) que les dificulta o imposibilita realizar diferentes actividades motoras.

Discapacidades múltiples: son aquellas que se producen por la coexistencia de dos o más tipos de discapacidades específicas. Son muy frecuentes, sobre todo en los casos de

²⁷ Clasificación Internacional de Funcionalidad, de la Discapacidad y de la salud. OMS 2001. Pág. 23.

lesión cerebral, donde la amplitud de la misma puede comprometer las áreas intelectual, motriz y/o sensorial.”(SANTIN, 2013)²⁸

Cabe aclarar, que desde esta tesis se tomará al paradigma social, ya que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y propone respuestas no sólo para este grupo sino para la sociedad en su conjunto. Se trata de una construcción colectiva entre las personas con y sin discapacidad porque reconoce en el entorno un actor clave para determinar el mayor o menor grado de participación de las personas con discapacidad. Desde esta perspectiva, una persona con discapacidad atraviesa una situación de desigualdad que puede modificarse a través de acciones tendientes a la remoción de barreras que impiden su total integración en la sociedad.

El modelo no niega que existan diferencias individuales que provocan limitaciones, pero ellas no son las causas de la exclusión de los individuos. Este paradigma sienta sus bases en los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y la no discriminación. Entendiendo la obligación que le cabe a la sociedad, a los profesionales y por sobre todo al Estado como garante de los mismos.

Se hablará de *personas en situación de discapacidad* considerando que, cual fuera su cualidad, no constituye el todo en su persona, ni tampoco es una condición individual, sino que hace referencia a la diversidad humana y a una interacción negativa con su contexto social inmediato. Y cuando se hable de discapacidad, se hará referencia a la problemática tomada a nivel macro social. No es la persona la discapacitada, sino que es un sujeto en una situación particular en este caso de discapacidad y bajo esta lógica también puede pensarse a la familia, una familia en situación de discapacidad ya que deberá sortear obstáculos y desarrollar nuevas estrategias para hacer frente a su nueva realidad.

Capítulo 2:FAMILIA.

Siguiendo a Eroles, Carlos "La familia es un ámbito privilegiado para la compañía, el amor mutuo, la solidaridad intergeneracional, la socialización de los niños y jóvenes y la transmisión de la cultura de la comunidad a las generaciones venideras". "Es un lugar privilegiado de la intimidad subjetiva, de la construcción de identidades y de procesos de individuación".(De Jong, 2001)²⁹

Por otro lado, Krmpotic, dice que "El ámbito de la familia constituye un espacio en el que convergen lo individual y lo social; que además de las funciones que le competen (desde

²⁸Santin, E. (2013). Discapacidad y Familia. *Documento de Cátedra. Problemática de la Familia, Niñez, Adolescencia y Ancianidad*. Mendoza.

²⁹De Jong, E. (2001). La familia en los albores del nuevo milenio. En E. De Jong. España: Espacio.

un punto de vista funcional) recrea un red de relaciones en las que sus integrantes configuran su identidad y desde la cual pueden interpretarse sus prácticas (de consumo, de resolución de problemas de adaptación, etc.). Como institución formadora de futuras generaciones, se convierte además en una instancia mediadora entre la estructura social en un momento histórico dado y el individuo. Entre las potencialidades de sus miembros y las posibilidades del entorno, se ensayan en su seno distintos modos y estrategias de vida y enfrentamiento de los problemas.”(Krmptic, 2003)³⁰

Tradicionalmente se ha entendido a la familia como grupo de personas unidas por lazos legales o de consanguinidad que comparten el mismo techo. En los últimos tiempos ha sufrido cambios que han complejizado su definición, dejando obsoleta esta definición, por lo que resulta más acertado el uso de algunos parámetros para analizarla:

□ “Cada familia es única.

□ Es una unidad de interacciones. □ Es un sistema dinámico que atraviesa permanentemente situaciones de cambio en su desarrollo y crecimiento, impactando de alguna manera en sus miembros”(NOGUÉS, 2006)³¹.

2.1 Tipos de Familia.

De la configuración que cada grupo genera, en la materialidad de su existencia, resultan varias formas de vivir en familia, lo que da cuenta de las múltiples formas que esta adquiere en el contexto socio cultural actual:

“La familia tradicional (como “Dios manda”): nos referimos al matrimonio tradicional unido jurídica o sacramentalmente. (...). No debe perderse de vista que las relaciones familiares se ven rodeadas por la crisis y que muchos de estos matrimonios “garantía de estabilidad naufragan luego de varios años y cuando hay hijos como fruto de la relación establecida. Es un modelo posible y aún deseable, cuyos riesgos principales son la incomprensión, el conflicto permanente, la infidelidad, que llevan al agotamiento del amor o al enrarecimiento de la convivencia”

La familia de hecho: la unión conyugal de hecho es una realidad muy extendida con efectos equivalentes a los del matrimonio y a veces con mayor proyección en el tiempo (...).

Desde el punto de vista de los “esposos”, en estas uniones conyugales, las relaciones son estables.

³⁰KRMPOTIC, C. y. (2003). En *Trayectoria familiar, ciclos políticos y bienestar*. Buenos Aires: Espacio.

³¹NOGUÉS, C. (2006). “Familia, Discapacidad y Derechos Humanos”. En C. EROLES, *Familia (s), Estallido, Puente y Diversidad: Una Mirada Transdisciplinaria de Derechos Humanos*. (pág. 129). Buenos Aires: Espacio Editorial.

La familia reciclada: la situación particular de los “separados vueltos a casar”. Ha recibido múltiples nombres: familia ensamblada, familia reconstituida, familia reciclada (...).

Un problema particular dentro de este tipo de familia lo constituye la relación con los hijos, ya que se dan allí diversos cruces: a) “los tuyos”, “los míos”, “los nuestros”, b) roles de padre, madre, abuelos multiplicados o ausentes o en conflicto en la vida cotidiana c) cruces de hermanos y hermanastros con o sin convivencia permanente.

La familia monoparental: Se trata de una madre (mayoría) o de un padre (minoría en crecimiento) que conforman con su/s hijo/s, un grupo familiar, que debe ser considerado “completo”, desde el punto de vista de las políticas de familia.

La familia separada: Es una categoría particular, ya que estamos aquí conceptualizando la familia desde el hijo, que tiene los padres separados como únicos padres. Desde esta perspectiva, los padres que integran esta “familia separada”, pueden con su cooperación, comprensión y actitudes ser un factor positivo para el crecimiento de su hijo. Si en cambio sus relaciones son tensas, hirientes, en pelea permanente y usan al hijo como vehículo de sus agresiones o incluso como proyectil, su influencia puede convertirse en negativa para el desarrollo evolutivo natural del niño o del adolescente.

La familia nuclear: Se llama así, a la familia integrada por los padres y los hijos. Constituyó durante gran parte del siglo el ideal de familia, traducido también en el concepto de familia tipo (aquella formada por la pareja y dos hijos).

La familia ampliada: Supone la convivencia de varias generaciones y ramas colaterales bajo un mismo techo.

La familiarización de amigos: Una costumbre extendida en diversos sectores sociales, principalmente en aquellas zonas con fuerte migración de jóvenes, es considerar a los amigos como unidos por lazos de familia. Vecinos o amigos se convierten así en “tíos”, “primos”, “abuelos” o “nietos”, en base a estos lazos del afecto surgido de la amistad. En ocasiones, estos vínculos de familiarización son más fuertes que los surgidos de la sangre o del derecho.

Los grupos de crianza: Llamamos así a personas o grupos familiares que se convierten en referentes familiares de un niño. Así los abuelos a cargo de nietos, los tíos a cargo de sobrinos, o simplemente los vecinos que se hacen cargo de la situación de un chico del barrio que perdió sus padres, conforman este tipo de grupos que realizan una verdadera contención comunitaria, que valora y respeta el “nicho” ecológico y cultural del niño.

La familia adoptiva: Constituye un tipo de familia asimilable al legal, pero con problemáticas particulares en relación con el derecho a la identidad. Hay una conflictividad ligada a la adopción, que exige tratar a la institución con suma prudencia para garantizar en plenitud los derechos del niño y preservar en todo lo posible a las familias.”(Artola de Piezzi Amanda, 2000)³²

Familias compuestas por personas del mismo sexo: es aquella compuesta por dos personas del mismo sexo, que configuran una pareja. Este tipo de familia se encuentra contemplada por la ley 26.618.

³²Artola de Piezzi Amanda, P. R. (2000). Capítulo II: Familia: un signo de pluralidad y esperanza, entre la crisis y el desconcierto. En La Familia en la Sociedad Pluralista. Editorial Espacio.

Cualquiera sea la forma que adopte tienen en común brindar a sus miembros satisfactores a las siguientes necesidades:

- Socialización.
- Seguridad afectiva.
- Seguridad económica.
- Ejercicio de la sexualidad.
- Reproducción de la especie.

Con la exposición de las distintas clasificaciones de familia se reflexiona lo siguiente: ¿en qué tipo de familia se correspondería un Hogar para personas con discapacidad? Podría asemejarse a una familiarización de amigos. O clasificarla como un nuevo tipo de familia (no encontrada en los autores consultados).

Por otro lado, esta familia cimentada en un hogar para personas con discapacidad no brinda todos los satisfactores expuestos más arriba. Brinda una socialización totalmente precaria, una seguridad afectiva inestable y eventual, lo económico no se puede analizar en este caso. Si brinda el ejercicio de la sexualidad en algunos casos, la reproducción de la especie no se contempla en una familia de estas características, ni tampoco existirían las condiciones para que esto sucediera.

Cada grupo familiar debe verse como un sistema de relaciones en proceso, como una unidad de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso, de enfermedad y de salud. El relato de sus integrantes nos indicará si el concepto señala al núcleo primario de origen o también incluye a parientes que viven separados de ese núcleo, amigos, compañeros de estudio o miembros que se encuentran institucionalizados.

2.2 Vínculos Intrafamiliares.

“La vida familiar incluye diferentes vínculos. Nos manejamos de modo distinto con nuestros padres, hijos, hermanos, cónyuges, etc. Cada vínculo familiar supone ciertas prescripciones, procripciones, modalidades de intercambio diferenciales. En la trama vincular familiar cada integrante tendrá que construir su interioridad, hacer la búsqueda de su propio sentido de vida y convertirse en un ser singular. Estos logros requieren de esta trama familiar que ofrece el reconocimiento del otro, una necesidad humana inagotable. El crecimiento personal de cada integrante de la familia solo es posible en una trama vincular flexible donde sea posible la contención emocional, el respeto a lo ajeno, la tolerancia a la complejidad creciente, el estímulo a la discusión democrática, etc.”.(*García, 2009*)³³

De estas prescripciones asociadas al lugar que ocupa cada miembro en la trama familiar se desprenden los roles, que son conductas esperadas y estereotipadas, que pueden ser legitimadas o modificadas en cada caso. Observando este juego de roles se pueden conocer diversos estilos de vida familiar.

2.2 Ciclos de la vida familiar.

La familia es un fenómeno social dinámico, un sistema de relaciones *en proceso*, desde su inicio va atravesando por distintos momentos o ciclos.

La teoría del ciclo de vida familiar divide el desarrollo de esta unidad en etapas delimitadas por hechos significativos, que marcan el cierre de un ciclo y el comienzo de otro. Presentando cada uno sus desafíos y tareas correspondientes.

ETAPAS	PRINCIPIOS CLAVES DEL PROCESO
Abandono del hogar: adultos jóvenes solteros	Aceptación de la propia responsabilidad emocional y financiera.
La unión de familias a través del matrimonio: la nueva pareja	Compromiso con el nuevo sistema
Familias con hijos pequeños	Aceptación de los nuevos miembros en el sistema.
Familias con adolescentes	Aumento de la flexibilidad en las fronteras familiares para incluir la independencia de los hijos y la fragilidad de los abuelos.
Ayudar al despegue de los hijos y	Aceptar el cambio en los roles

³³GARCÍA, S. (2009) Documento de cátedra “Trama Vincular en conflicto. Crisis familiares: relaciones familiares, acontecimientos que cambian la vida. Un enfoque evolutivo” Facultad de Ciencias políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo. Carrera de Trabajo Social. Problemática de la Familia, Niñez, Adolescencia y Ancianidad. Pág. 1-2

seguir adelante	generacionales.
Familias de edad avanzada	Enfrentamiento del deterioro psicofísico propio y del cónyuge.

Fuente: (ROLLAND, 2000)³⁴

Sin embargo, en cada intervención se conocen nuevas configuraciones familiares, presentando desafíos, cuestionamientos y la necesidad de revisión al ciclo que se menciona. Por lo que acompañar en un proceso familiar, donde esta configuración debe acoger a un miembro en situación de discapacidad, puede plantear escenarios para esta revisión. Y si a esto se le añade la institucionalización de uno de los miembros, queda claro que las reconfiguraciones son inagotables.

2.3 Las Crisis Familiares.

Durante las diferentes etapas del desarrollo familiar, el grupo enfrenta retos que conmocionan la estabilidad conseguida hasta el momento, el tránsito entre estos ciclos puede dar lugar a crisis familiares.

“En los períodos de transición de una etapa del ciclo vital a otra hay indefensión de las funciones, porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones, inestabilidades, transformaciones, que se expresan en ciertos niveles de desorganización de la familia, y es lo que se denomina como **crisis evolutiva**.

Se las llama evolutivas por estar en relación con los cambios biológicos, psicológicos y sociales de cada uno de los miembros de la familia, y con los cambios, en consecuencia, de las pautas de interacción en el contexto familiar. En estas crisis evolutivas se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan, a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, poniendo de manifiesto un desarrollo cada vez más acabado de individuación y de una estructura familiar cada vez más compleja y diferente a la anterior, lo que da lugar al crecimiento y desarrollo de la familia.

Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad, no lo permite, aparecen entonces las disfunciones familiares, estas crisis son denominadas **normativas o transitorias**. El término transitorio está utilizado, en un sentido cinético y no en el sentido temporal de la palabra, esto es: una crisis es transitoria en función de que posibilite o no el paso de una etapa a la otra del ciclo vital y no se refiere en ningún sentido al tiempo de duración de la crisis.

³⁴ROLLAND, J. (2000) Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Gedisa Editorial. Barcelona. Pág. 145.

Sin embargo, la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento, debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generadoras de estrés, como el caso del divorcio, padecimiento de una enfermedad crónica o el fallecimiento de un miembro de la familia, los cuales tienen una expresión particular en cada familia en dependencia de su historia, su propia dinámica, de la significación que asigna al evento o situación, y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia, son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis **no transitorias o paranormativas**.

Un evento vital no genera por si solo una crisis familiar, sino que éste es un proceso en el cual se implican otros elementos:

- ☐ La significación que la familia asigna al evento familiar.
- ☐ Los recursos con que cuenta la familia para hacer frente a las exigencias de ajuste del evento vital familiar.

Entre los recursos familiares más importantes se encuentra la **cohesión**, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia.

Cuando la familia puede contar con esta posibilidad de **decisión conjunta**, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar.

Otro puntal importante es la **flexibilidad**, ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de la adaptabilidad, que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación.

La **permeabilidad** es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, y de otras instituciones sociales como pudiera ser el médico de la familia.

El **apoyo social** es un recurso que se puede referir al propio sistema cuando es la familia la que actúa como sistema de apoyo, brindando ayuda a todos sus miembros, o cuando la recibe de otras personas, grupos o instituciones”³⁵

³⁵GARCÍA, S. (2009) Documento de cátedra “Trama Vincular en conflicto. Crisis familiares: relaciones familiares, acontecimientos que cambian la vida. Un enfoque evolutivo” Facultad de Ciencias

Las crisis son momentos de cambio y generan sufrimiento a los miembros del grupo familiar, pero no son en sí negativas; al contrario una vez resueltas pueden aportar aprendizajes que generen disfrute y satisfacción.

Es importante este tema en la presente tesis, ya que la institucionalización de una persona con discapacidad implica una ausencia a nivel familiar. Esto, inevitablemente, conllevará a reestructuraciones por parte de la familia. Se debe tener en cuenta que la familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos. En este caso, la crisis se denomina crisis por desmembramiento.

Aquí, “acontecimientos que constituyen una pérdida o un desgajamiento conmocionan a la familia que no puede atribuirlos al resultado de la evolución normal: muerte prematura de hijos, o nietos, accidental o por enfermedad; divorcio, separación del hogar, o de los hijos, abandono del país, hospitalización, fugas del hogar, etc.”(PORTIELES, 2002).³⁶

2.4 Trayectoria Familiar.

En vistas de configurar la intervención social con familias, y pensando en la co-construcción de las alternativas para la resolución de situaciones problemáticas, resulta imprescindible indagar sobre la vida cotidiana familiar y las trayectorias familiares. Entendiendo por vida cotidiana “la experiencia vital moderna compartida en la que se basa nuestra intersubjetiva constitución del mundo”.(Heller, 1991:59). Es una esfera de regulación y aprendizaje respecto de la adquisición de los medios de subsistencia, de la cooperación y el conflicto humanos, y de la constitución de significados, la vida cotidiana es lenguaje, es habla, es comunicación, es interacción, es trabajo, es imaginación, es conciencia, es comprensión, es interpretación, y muchas cosas más.

“Historia y vida cotidiana se encuentran a través de la noción de **trayectoria familiar**, lo que implica desarrollar un recorrido intra e intergeneracional, el cual lejos de ser una mera sucesión de hechos que hacen a la historia familiar, nos introduce en su dinámica interna y en sus relaciones con el contexto, nos ayuda a comprender los mecanismos de regulación y auto-organización, observando lo que sucedió de generación en generación en función de los recursos activos (económicos, culturales, morales) que tuvieron a disposición para crecer o defenderse, y de las desventajas que muchas veces precipitaron la caída.

El corte longitudinal se acompaña de un análisis de las diversas coyunturas en las que nuestras familias tomaron decisiones. El análisis de coyuntura significa para nosotros que las causas son efectivas en la medida en que operan juntas, aunque poco dicen acerca de la

políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo. Carrera de Trabajo Social. Problemática de la Familia, niñez, adolescencia y ancianidad. Pág. 8-10.

³⁶PORTIELES, A. C. (2002). En Crisis, Familia y Psicoterapia. (pág. 118). La Habana: CIP.

incidencia entre las variables. En tal caso las variables se combinan espontáneamente en casos que podrían ser únicos”.(KRMPOTIC C. Y., 2003)³⁷

Poder analizar a las familias desde su propio relato, descubriendo con ellos las claves para enfrentar la crisis que los aqueja, es el recurso más potable con que se cuenta en la intervención social. Dependerá de la mirada atenta e informada del profesional saber valorar estas narraciones familiares, orientando hacia los posibles satisfactores y construyendo ciudadanía en cada ocasión.

2.5 Presencia de Persona con Discapacidad en la Familia.

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. Los días, semanas, meses después de que el equipo médico comunica a la familia que su hijo posee una discapacidad, es un momento difícil de afrontar porque aún no se ha asimilado el conocimiento.

El nacimiento de un niño sano genera en el hombre sentimiento de virilidad, mientras que en la mujer produce plenitud y bienestar. En ambos padres despierta un deseo de prolongar su descendencia. Tales expectativas sufren casi inevitablemente alguna modificación cuando nace un hijo con discapacidad porque en la crisis que se plantea tras el descubrimiento de la deficiencia del hijo, el elemento crucial no es el trastorno mismo, sino el derrumbe de las expectativas paternas. La vida ya cambió, tendrá que adaptarse a otro ritmo, a otro sistema de comunicación, a una manera de aprendizaje y desarrollo distinto, ni más rápido o más lento, sólo distinto.

“Los padres de los niños con discapacidad no están de modo alguno mejor preparados o dispuestos que cualquier otro padre para afrontar las exigencias de cambios y ajustes que se presentan con el nacimiento de su hijo. Los padres aprenden sobre la discapacidad al mismo tiempo que acompañan el proceso de desarrollo de sus hijos. Por lo tanto, ser padres de un niño con discapacidad es un nuevo y complejo rol. Cuando un niño nace con una discapacidad, la familia se ve sometida a ciertos desafíos básicos, a saber:

- La necesidad de los padres de cuidar la seguridad del niño entra en conflicto con la necesidad de mayor autonomía del niño afectado.
- La necesidad obliga a la familia a aprender cómo relacionarse de manera eficaz y afirmarse en muchos otros sistemas dentro de la ecología social más amplia, que puede ser discriminatoria o estar mal estructurada para atender las necesidades especiales de los niños enfermos o con discapacidad, sus padres y sus hermanos.” (SANTIN, 2013)³⁸

³⁷KRMPOTIC, C Y ALLEN, I (2003) Trayectoria familiar, ciclos políticos y bienestar. Espacio Editorial. Buenos Aires. Pág. 25-26.

³⁸Lic. Eugenia Santin. “Discapacidad y Familia”. Documento de Cátedra. Problemática de la Familia, Niñez Adolescencia y Ancianidad. Carrera Trabajo Social. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo 2013

Capítulo 3: INSTITUCIONALIZACIÓN.

3.1 Cumplimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad.

El Artículo 19 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece:

“Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico....”(Convencion, 2006)³⁹

Sin embargo, se observa a lo largo de todo el país un desfase entre lo que anuncia la ley y las realidades de los institutos.

Las investigaciones realizadas en torno a esta temática tienden a explicar las posibles causas del problema. “La institucionalización a gran escala y los abusos que la acompañan se deben, en gran medida, a décadas de una política de invertir en grandes instituciones que segregan a las personas, en lugar de elaborar políticas y destinar los recursos necesarios para el desarrollo de servicios de atención en salud mental y apoyo en las comunidades”.(Informe)⁴⁰

Asimismo describen la modalidad de atención que se vive dentro de los institutos: “La naturaleza de la asistencia que se presta en estas instituciones se caracteriza por la despersonalización (prohibición de disponer de objetos personales o de elementos y símbolos de individualidad o humanidad), la rigidez de las rutinas (horarios fijos para levantarse, comer y hacer actividades, al margen de las preferencias o necesidades personales), el tratamiento en bloque (tratar a las personas en grupos, sin privacidad o individualidad) y el

³⁹ Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Art. 19 (letra a)

⁴⁰ Vidas Arrasadas La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos Argentinos UN INFORME SOBRE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN ARGENTINA.
http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf. Visto el (05/12/2013)

distanciamiento social (simbolizado por la diferencias de estatus entre el personal y las personas residentes)”(Mansell)⁴¹

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad obliga a los Estados a desarrollar servicios comunitarios que sustituyan a la asistencia institucional mediante un proceso de “realización progresiva”. Esto requiere que los Estados tomen medidas utilizando al máximo sus recursos, con vistas a alcanzar progresivamente la plena realización de los derechos en cuestión. Por lo tanto, deben avanzar en la realización de los derechos de las personas con discapacidad, pero se les permite que lo hagan a un ritmo determinado, en parte, por los recursos que tengan a su disposición.

3.2 Segregación y control social en las instituciones.

La institucionalización de personas con discapacidad es el aislamiento o segregación de una persona que ha sido calificada como afectada por una discapacidad intelectual. Esta segregación se da en un lugar donde las personas no tienen, o no se les permite ejercer, control alguno sobre su vida y sus decisiones cotidianas.

La segregación efectiva de las personas en instituciones psiquiátricas contribuye a incrementar su discapacidad y viola los estándares internacionales de derechos humanos. Al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Las personas quedan sometidas al régimen custodial de este tipo de instituciones, y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en la comunidad, lo que impide su rehabilitación. El principal factor que contribuye con la institucionalización a largo plazo es la carencia de servicios y apoyos adecuados en la comunidad.

“Los que trabajan en sistemas segregados, ante el temor de perder sus puestos laborales se resisten a favorecer la inclusión social, la vida independiente, la equiparación de oportunidades, la normalización de las condiciones de vida, etcétera. (...) La segregación de las personas con discapacidad o desventaja es también una inmoralidad mayúscula y habla a las claras de las anchas que atan al subdesarrollo.

La equiparación de oportunidades es entendida, por las Naciones Unidas, como la creación de condiciones, cada vez que sea oportuno, para que las personas con discapacidad tengan acceso a los mismos bienes y servicios que el resto de los miembros de sus respectivas comunidades de pertenencia. En otras palabras, que los prejuicios no se interpongan

⁴¹Jim Mansell - Julie Beadle-Brown - Desinstitucionalización y vida en la comunidad Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID)1, 2.
<https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialogo.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3723563.pdf&ei=ByKhUsquJq7MsQSViYG4BQ&usq=AFOjCNEPnvoqTy4c7SsOe3kcOk18o8B1Lg&bvm=bv.57155469,d.cWc>. Visto el 05/12/2013.

favoreciendo desarrollos por separado, a través de mecanismos innecesariamente especiales y no deseados por los supuestos beneficiarios.

La normalización de las condiciones de vida conlleva al reconocimiento pleno de la diversidad humana. En el convencimiento de que cada hombre y mujer es único e irrepetible y debe ser aceptado como tal, incluyendo las peculiaridades individuales, culturales, etcétera, que le sean propias.

En sociedades expulsivas, donde fácilmente muchos quedan a extramuros del desarrollo, es necesario bregar activamente por la inserción de los individuos con mayores dificultades para su desenvolvimiento. Cabe recordar que, las personas con discapacidad pueden integrarse comunitariamente de manera directa si la desvalorización social no los pone en clara desventaja y si, además, pueden acceder oportunamente a la habilitación o rehabilitación que su situación requiere”(ROJO VIVOT, 2010)⁴²

Retomando los trabajos de Goffman, (Goffman, 1980) cuando el paciente es despojado de lo que él llama su “cultura de presentación”, que es el bagaje cultural con el cual cada individuo se maneja en su mundo habitual, otra modalidad de vida cotidiana es construida y signada ahora por la institución. Un aspecto que analiza el autor con mucho detalle es el de las agresiones psicológicas, cómo se mortifica habitualmente y por distintos procedimientos la identidad subjetiva del interno “*el ingreso a un hospital psiquiátrico implica una mutilación al “Yo”*: anulación del rol social, desfiguración personal, obediencia, humillaciones en el trato con los superiores, desposeimiento de posesiones u objetos personales, uniformización, alimentación reglada, imperativos de confesar la vida privada en público, contaminaciones, control de movimientos (inmovilización, celdas especiales), violaciones de la intimidad, profanaciones, degradaciones, castigos y amenazas, malos tratos, estigmatización, etc. En efecto, son evidentes los efectos devastadores que todos estos rituales de agresión tienen sobre el albergado. Así se comprende claramente que estas estrategias no pueden ser beneficiosas para la salud mental, sino todo lo contrario.(Goffman, 1980)⁴³

El análisis de Goffman muestra claramente la ideología y la función coercitiva y moralizante de las instituciones de control social.

“El control social es ejercido a través de relaciones directas, expresando el poder de influencia de determinados agentes sociales e institucionales sobre el cotidiano de vida de los individuos, reforzando la internalización de normas y comportamientos legitimados

⁴²ROJO VIVOT, A. (2010). Medios de comunicación social y personas con discapacidad. Mendoza: Fundación Gutenberg Mendoza.

⁴³GOFFMAN, E. (1980). *Internados. Ensayos sobre la situación Social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrotu.

socialmente, para la obtención de consentimiento de los dominados y oprimidos socialmente, adaptándolos al orden vigente”.(AMICO, 2004)⁴⁴

Asimismo, en relación a la función que cumpliría el Trabajo Social en esta temática, Iamamoto plantea: “Los organismos institucionales dependen de la adhesión, de sus agentes para la consecución de las metas y estrategias de clase que implementan. Si el Trabajador Social debe responder a las exigencias de la entidad que contrata sus servicios, él dispone de relativa autonomía en el ejercicio de sus funciones. El Trabajador Social puede limitarse a responder a las exigencias del empleador, confirmando su adhesión, o lanzarse en el esfuerzo conjunto del colectivo profesional aliándose a los sectores dominados, de proponer y concretizar una dirección alternativa a aquella propuesta por los sectores dominantes para la intervención”.(IMAMOTTO, 1997)⁴⁵

3.3. Familia e institucionalización.

El papel de la familia es fundamental para iniciar un proceso de rehabilitación.

La familia puede ser víctima y entrar en un proceso de derrumbe; puede ser un factor coadyuvante a la recuperación del albegado o por el contrario, puede actuar como un factor acelerante y desencadenante del cuadro de deterioro que expresa el residente.

“Esto implica, direccionar la intervención profesional no solamente sobre el residente, sino también hacia todo el grupo familiar. Además, es imprescindible trabajar en el ajuste de la relación familia- institución. Al respecto, se producirán progresos en la persona cuando la triada institución – residente - familia sea funcional y el deterioro del mismo cuando este vínculo contenedor no se conforma”.(AMICO, 2004)⁴⁶

Entonces, se puede decir que la familia y la institución se necesitan mutuamente porque son interdependientes, una alianza entre ambos contribuye a un resultado positivo.

En ocasiones, suele suceder que durante las institucionalizaciones prolongadas, la institución suele asumir un lugar más protagónico, estimulando que la familia se aleje. La institución establece un rol paternal, estableciendo horarios de visitas, costumbres en los

⁴⁴AMICO, L. d. (2004). *Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental"*. Recuperado el 19 de 03 de 2014, de Margen 35: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales: <http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>

⁴⁵Iamamoto, M. (1997). *Servicio social y división del trabajo*. Cortez.

⁴⁶AMICO, L. d. (2004). *Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental"*. Recuperado el 19 de 03 de 2014, de Margen 35: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales: <http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>

residentes, el sujeto entabla reciprocidad con otros residentes o con el personal; y la familia lentamente va tomando distancia.

Además, es importante destacar y tener en cuenta que, principalmente, en familias de bajo nivel socioeconómico, los costos para los cuidados suministrados son altos, teniendo en cuenta que la persona con discapacidad, en la mayoría de los casos, no es económicamente activa e independiente. A esto se le suma que dentro de la dinámica familiar, una o más personas asumen responsabilidades por esos cuidados, lo que las imposibilita entrar en el mercado de trabajo y asimismo contribuir para la renta familiar, además de impedir su realización personal y profesional.

Paralelamente a este alejamiento y delegación de responsabilidad, como un proceso circular, la familia, muchas veces deposita al miembro con discapacidad en manos de la institución, con las consecuencias negativas de la institucionalización. De allí que, desde el Trabajo Social, es importante el acompañamiento profesional, el apoyo a la familia, la prevención, la orientación, para intentar tratamientos de rehabilitación, es decir “volver a habilitar” se espera que alguien que pierde la capacidad para realizar actividades que sirvan para resolver sus propias necesidades, pueda volver a adquirirlas; o de promoción, “mover en pro de”, en función de algo, acciones que se orienten a provocar una dinámica, para obtener algo. Con la promoción se apuesta a estimular y desarrollar las capacidades desconocidas en los sujetos.

En este sentido, adquiere importancia el enfoque interdisciplinario y el trabajo en equipo como una forma de articulación que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades posibilita la construcción de un nuevo conocimiento.

Así, de este modo, lo social puede ser analizado desde las historias de vida de los sujetos concretos en el marco de su vida cotidiana, es decir, en el desarrollo de la subjetividad.

3.4 La intervención desde el Trabajo Social.

La institucionalización es una realidad que produce consecuencias negativas a las personas que residen en el Instituto Jorba de Funes. Entre ellas, podemos destacar: el aislamiento de su red familiar y comunitaria, los mecanismos de dependencia crónica a la Institución, el debilitamiento y en otros casos la restricción de la capacidad de autonomía, entre otros.

La intervención debe justificarse desde un marco teórico referencial y sostenerse en una perspectiva teórica- metodológica crítica basada en la investigación, el análisis, el estudio de las realidades individuales y familiares.

También será de suma importancia conocer los recursos comunitarios así como también rescatar redes de contacto informales de los sujetos de la intervención.

Por otro lado, desde esta concepción, importa la construcción de un lazo social en la que la cuestión del poder y el "saber" circule, nadie debería apropiárselo, interesa el saber del otro, de su familia, de la comunidad. También trabajar con otros profesionales, explorar el saber de otras disciplinas y tender así a la participación de todos en las decisiones que nos conciernen.

“En el desempeño de su función el Trabajador Social dependiendo de su opción política, puede configurarse como mediador de los intereses del capital o del trabajo, ambos presentes y enfrentados en las condiciones en las que se efectiviza la práctica profesional, puede volcarse al servicio de quienes lo contratan o a quienes van dirigidos sus servicios; puede orientar su intervención reforzando la legitimación de la situación vigente o reforzando un proyecto político alternativo, apoyando y asesorando a las clases dominadas y colocándose al servicio de sus propuestas y objetivos.

Esto supone por parte del Trabajador Social una comprensión teórica de las implicancias de su práctica profesional posibilitándole mayor control y dirección de la misma, dentro de los límites socialmente establecidos. Por otro lado, supone una subordinación del ejercicio profesional a sus consecuencias políticas. Se trata, en fin, de reflexionar sobre el carácter político de la práctica profesional”.(AMICO, 2004)

Si queremos una sociedad basada en la justicia y la igualdad que asegure una mejor calidad de vida para todos sin discriminación, que reconozca y acepte la diversidad como fundamento para la convivencia social; si queremos una sociedad donde lo primordial sea la condición de personas de todos sus integrantes, donde se garantice su dignidad, sus derechos, su autodeterminación, su contribución a la vida comunitaria y a su pleno acceso a los bienes sociales, necesitamos que a partir de los derechos de las personas, se generen las estructuras no sólo legales, sino también las institucionales necesarias. Las actuales instituciones para personas con discapacidad son verdaderas detenciones ilegítimas, reflejo de la impotencia de las organizaciones para adaptarse a la legislación vigente.

3.4.1 Alternativas y propuestas desde el Trabajo Social.

Foucault expresa en su texto clásico sobre la locura: “el enfermo se ve afectado por el espectáculo deprimente de un hospital al que todos consideran como “el templo de la muerte”. La melancolía del espectáculo que lo rodea, las contaminaciones diversas, el alejamiento de todo, agrava el sufrimiento del paciente y terminan por suscitar enfermedades que no se encontrarían espontáneamente en la naturaleza, porque parecen creaciones propias del hospital. La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una

especie de “hospitalismo” anterior a su definición. En efecto, ninguna enfermedad de hospital es pura, el hospital es creador de enfermedad”.(FOUCAULT, 1990).⁴⁷

En relación a esto, la Organización Mundial de la Salud elaboro los “Diez Principios básicos de las normas para la atención de la Salud Mental” (O.M.S.)⁴⁸ basándose en los referidos principios de Naciones Unidas donde prioriza: “preservar la dignidad del paciente; tener en cuenta técnicas que ayuden a los pacientes a arreglárselas con los deterioros; reducir el efecto de los trastornos; y mejorar la calidad de vida.”

Sobre la base de esto último es que se indica “el tratamiento basado en la comunidad”, que para los tratamientos restrictivos establece “una duración estrictamente limitada” recomendando “eliminar las cámaras de aislamiento y prohibir la creación de otras nuevas” y capacitar al recurso humano para “que reemplace las tradicionales medidas coercitivas”.

Por ello se hace necesario ofrecer servicios de salud comunitarios que permitan a los enfermos mentales crónicos la oportunidad de vivir en su propia comunidad, como cualquier ciudadano, es decir que pueda ejercer libremente su derecho a trabajar, estudiar, formar una familia, etc. Esto debe incluir no solo a lo que hace al control medicamentoso, sino también Hospitales de día, Casa de medio camino, etc. Y lo que es importante la inserción e integración de estos pacientes a las distintas actividades con que cuenta la comunidad.

Desde el Trabajo Social es importante re- crear vínculos con la comunidad para evitar la cronicidad, el aislamiento del portador de trastorno mental con respecto a su ambiente social, procurar en el paciente externado la adquisición de la autonomía necesaria para mitigar las huellas profundas que deja la institucionalización. Entonces pensando en un verdadero proceso de desinstitucionalización; este objetivo se logra a través de instituciones de estadía transitoria. Así, el enfermo se sentirá contenido, y se tendera a su reinserción social.

El *Hospital de Día*, como una de las alternativas a la institucionalización es una instancia terapéutica con un abordaje global del sujeto, su grupo familiar y su entorno social.

El objetivo de este tratamiento está dirigido a la resocialización y rehabilitación del sujeto y contempla, a su vez, una modificación en la estructura familiar y en ciertas instancias del entorno social. Este abordaje interdisciplinario supone el funcionamiento de un equipo que le da al residente un modelo de tratamiento grupal.

En este campo, el Trabajo Social aparece como el vector correlacionante entre el adentro-afuera institucional. Se integra en el equipo de trabajo para construir con el resto de

⁴⁷FOUCAULT, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.

⁴⁸O.M.S. (s.f.). Salud Mental y Derechos Humanos. Recuperado el 20 de Marzo de 2014, de http://www.conabip.gob.ar/sites/default/files/salud_mental_y_derechos_humanos.pdf

las disciplinas el proceso dialéctico sano-enfermo que permita brindar un espacio terapéutico a la problemática.

Por otra parte, los *talleres protegidos*, también son una alternativa para proporcionar inserción social a la persona con discapacidad ya que no comprende solo actividades laborales, sino además actividades culturales socializadoras que le permiten a la persona con discapacidad insertarse en la comunidad. La rehabilitación se apoya en las estructuras intermedias que ofertan la continuidad de cuidados que precisa el sujeto para recuperar su socialización.

Es importante tener en cuenta que en muchos casos las personas llegan a la institución por su situación de enfermedad mental, pero permanecen por situaciones de pobreza y desamparo social y familiar.

En nuestro país, en la década de '50, se registran los primeros aportes y experiencias de E. Pichón Riviére en el terreno de lo grupal. De esa experiencia surgió el trabajo comunitario dentro de las acciones (eminentemente preventivas) de la salud mental. En ese nuevo momento de la salud mental, el trabajo social quedó incluido como una práctica articuladora del campo de lo social con la salud mental. Desde esta perspectiva, tendrá nuevas lecturas como así también nuevos encuadres metodológicos que incluirán lo grupal y el abordaje familiar.

El *taller* también resulta ser una herramienta alternativa de expresión, de promoción en salud: talleres de títeres, huertas, cerámica, pintura, coro, revista, reciclado de latas, de expresión musical para lograr reconstruir lazos sociales perdidos, para elaborar conflictos, para desarrollar capacidades personales que permitan abordar tareas preventivas. La musicoterapia, la murga, la creación y el arte se proponen como recursos terapéuticos en salud mental. Es importante crear dispositivos y espacios de enunciación para rescatar la subjetividad.

El trabajo o la *laborterapia* es un dispositivo psicosocial que debería ser utilizado con más frecuencia. Generar fuentes de trabajo rentado y / o actividades productivas para los residentes de manera de garantizar la circulación social evitando la estigmatización por la situación de discapacidad. La participación se convierte en una herramienta terapéutica. La concurrencia a los talleres se instala a partir de la libertad de elegir de los sujetos, es decir de la posibilidad de expresarse y de transformar el mundo. La producción en los talleres es creativa y transformadora, adquiere valor de intercambio social de las personas. Por ejemplo, la implementación de talleres de reciclado de muebles, con el objetivo de la reinserción laboral de los residentes, reutilizar el mobiliario desechado e imprimir la subjetividad en la obra artística, permitiendo efectos terapéuticos.

Del mismo modo, la exposición y venta de productos, manualidades y artesanías (con valor de cambio, como producción propia), es decir el intercambio con la comunidad, facilitaría la inserción social y laboral de los mismos.

Segunda parte: METODOLOGÍA, LECTURA E

INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Capítulo 4: Metodología.

Metodología y procedimiento para el trabajo.

En el presente capítulo se procederá a detallar el tipo de metodología utilizada que permitirá la recolección de los datos y el posterior análisis de los mismos.

Se considera pertinente y adecuado utilizar el tipo de investigación “cualitativa,” la cual produce datos descriptivos a través de las propias palabras de las personas, habladas o escritas; y tiene como objetivo fundamental la interpretación de los hechos sociales como construcciones desde las significaciones que los actores sociales atribuyen a su acción. Este posicionamiento permitirá rescatar las trayectorias de vida de las personas en situación de discapacidad desde su propia experiencia”. (Bogdan.)

Por otro lado, el tipo de investigación será exploratoria – descriptiva. Exploratoria porque se encuentran pocos registros de estudios relacionados y la intervención desde el Trabajo Social es incipiente en la institución. Descriptivo, porque “se determinará cómo es y se manifiesta determinado fenómeno, en este caso las causas de la institucionalización”. (Hernández Sampieri, 1994).

La Unidad de Trabajo serán los residentes de la institución y sus familias. Residentes entre 18 y 70 años, ambos sexos, que aún tienen contacto con sus familias de origen. Este recorte se debe a que muchos de los sujetos que residen en la institución no tienen o se desconoce la existencia de familiares, es decir, se desconoce los nombres y paradero actual de las mismas. Esta situación impediría la realización de entrevistas. Además, tampoco se les puede realizar entrevistas a algunos residentes debido a que presentan discapacidades mentales en nivel profundo y alteraciones severas en la comunicación. Esto, sumado al desconocimiento de la existencia de familiares imposibilita la obtención de información sobre sus trayectorias de vida y la aplicación de la técnica de recolección de datos. En resumen, se podrá ejecutar la técnica de recolección de datos con las familias en contacto con los residentes y con los residentes que forman parte de la población que puedan expresar su experiencia.

En cuanto al supuesto, se establece el siguiente:

Las causas principales de la institucionalización de las personas albergadas en el Instituto Concepción Jorba de Funes son parte de un entramado complejo en el que convergen distintos factores que tienen que ver con las historias de vida, la falta recursos del grupo familiar, el debilitamiento de los lazos de solidaridad y el concepto que la familia tiene sobre la discapacidad.

Se utilizará como técnica de recolección de datos la entrevista en profundidad, compuesto por preguntas abiertas, que permitan dar cuenta de la subjetividad y perspectiva de las personas con discapacidad y sus familias, favoreciendo la autonomía del entrevistado; y cerradas, ya que facilitan la codificación y el posterior análisis.

El trabajo de interpretación se complementará con análisis documental: recopilación, lectura y análisis de contenido de fuentes escritas secundarias: las historias clínicas, legajos, documentos de circulación interna, registros de guardia, etc.

En cuanto a la delimitación poblacional, estará compuesta por los residentes entre 18 y 70 años, ambos sexos, que aún tienen contacto con sus familias de origen. En la Institución residen 45 personas. También estará compuesto por las familias que tienen contacto periódico (mensual o semanal) con los albergados. Cabe aclarar, que en este análisis no se considera a las personas con discapacidades adquiridas debido a que este grupo no forma parte de la población del Instituto Jorba de Funes.

La delimitación temporal será la siguiente: residentes y familias durante el año 2013/2014. Y por último, la delimitación espacial será el Instituto Concepción Jorba de Funes, El Sauce, Guaymallén, Mendoza

PROBLEMA.

El problema surge a partir de la indagación acerca de la institucionalización crónica de los sujetos en situación de discapacidad en el Instituto Concepción Jorba de Funes, que viven gran parte de su vida insertos en la institución, fuera de su grupo familiar y la comunidad, vulnerando sus derechos. Ello, en función a los nuevos paradigmas que rigen en la actualidad según la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Art. 19). De esta manera, resulta significativo indagar acerca de las causas que produjeron y sostienen la institucionalización de las personas en situación de discapacidad en la nombrada institución.

PREGUNTA GENERADORA DE LA INVESTIGACIÓN.

En vistas a indagar sobre el problema surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las causas que producen la institucionalización de las personas en situación de discapacidad en el Instituto Concepción Jorba de Funes, durante el año 2013/2014?

Interrogantes complementarios:

¿Cuáles son las causas que produjeron la institucionalización reconocidas por la familia?

¿Qué recursos institucionales, económicos y familiares activó la familia, previo a la institucionalización?

¿Cuáles fueron los hechos particulares que precipitaron la institucionalización?

¿Cuáles son las representaciones que el grupo familiar tiene sobre la discapacidad y en particular sobre el miembro institucionalizado?

OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general propuesto es el siguiente:

Conocer las causas que producen y sostienen la institucionalización de las personas en situación de discapacidad en el Instituto Concepción Jorba de Funes durante el año 2013/2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

De las preguntas de investigación planteadas surgen los siguientes objetivos específicos:

- Conocer sobre las causas que la familia reconoce como detonantes de la institucionalización.
- Indagar sobre los recursos institucionales, económicos y familiares que pudo activar la familia previo a la institucionalización.
- Indagar sobre los eventos familiares y personales que precipitaron la institucionalización.
- Conocer las representaciones que el grupo familiar tiene sobre la discapacidad y en particular sobre el miembro institucionalizado.

Capítulo 5 Lectura e interpretación de datos

Análisis De Datos.

Familia 1:

Residente: Lucía.

Fecha de Nacimiento: 15/05/1995

Edad: 19 años

Fecha de albergue: Octubre de 2007

Diagnóstico médico: retraso mental grave. Ceguera de ambos ojos. Otras lesiones específicas del encéfalo debidas a traumatismo del nacimiento. Trastorno de la comunicación, no especificada. Parálisis Cerebral: Diplejía Espástica. (Certificado Nacional de Discapacidad).

Familia 2:

Residente: Mariano.

Fecha de Nacimiento: 15/03/1976

Edad: 38

Fecha de albergue: 12/12/1990

Diagnóstico médico: retraso mental grave. Epilepsia.

Familia 3:

Residente: Ceferino.

Fecha de Nacimiento: 04/11/1966

Edad: 47 años

Fecha de albergue: 05/07/2000

Diagnóstico médico: retraso mental no especificado. Psicosis de origen no organico. Parálisis cerebral Infantil. (Certificado Nacional de Discapacidad).

Familia 4:

Residente: Nelson.

Fecha de Nacimiento: 13/05/1987

Edad: 27 años

Fecha de albergue: 15/08/2006

Diagnóstico médico: retraso mental de gravedad. Trastorno de la comunicación, no especificado. (Según Certificado Nacional de Discapacidad)

Residente:

Residente: Antonio.

Fecha de Nacimiento: 05/09/1949

Edad: 65 años

Fecha de albergue: 01/07/1978

Diagnóstico médico: retraso mental moderado. (Según Certificado Nacional de Discapacidad)

CATEGORÍA 1: RECURSOS.

Recursos familiares:

Familia 1:

¿Quién la cuidaba?

Yo y mis hijas, pero mis hijas eran chiquitas. Más que todo yo. Había que cuidarla mucho de que la Lucy no las golpeará, asique era poco el vínculo. Poco el tiempo que me podían ayudar. A lo mejor en una urgencia me ayudaban, cuando había que tenerla. O que ellas la tuvieran y yo le hacía la leche, cosas así.

Estaba separada, mi marido vivía en Buenos Aires.

Suele venir el padre, mi hermana, mi hermano y por ahí mi mamá, cuando puede.

Familia 2:

El padre falleció cuando el Marcos tenía un año y 5 meses. Asique yo me quedé con tres chico: uno de 8, uno de 9 y el Marcos.

¿Y quién lo cuidaba en esa época?

Yo. Y cuando iba a trabajar le decía a algún pariente que me lo cuidara, o los chicos. A uno lo mandaba a la escuela a la mañana y a otro en la tarde, entonces uno lo cuidaba en la mañana y otro en la tarde.

- ¿Y cómo era la relación del Marcos con sus dos hermanos?

Bien. Si, el siempre, ¿viste que tiene un teléfono? Es un celular que llama cuando él siente necesidad de venir, dice que lo vengán a buscar, entonces nosotros lo traemos el domingo, todo el domingo.

¿Cada cuánto lo traen?

Y cada un mes, depende del trabajo de mis hijos

Familia 3:

En la casa de nosotros vive él (Carlos) con su mamá, su papa, un tío y yo. Tiene dos hermanos más grandes que son casados y tienen su familia.

Generalmente el lunes lo llevamos y lo traemos el miércoles.

Mi mamá lo tiene que bañar, todo al Carlos, quiere que la madre lo bañe.

Siempre, toda la vida vivió con nosotros. Nunca ha estado internado, así, que no lo vamos a ver.

Él cuando está en la casa no le pierde pisada, está todo el tiempo detrás de la madre. Es re pollerudo

Familia 4:

Vivo con mi esposo, que no es el papá biológico del Enzo, pero que cumple el rol de papá. Mi hijo más chico de 11 años, Tomas, y yo.

Tiene una hermana, pero que ella no vive bajo el mismo techo, vive en San Martín con su familia, es un año menor que Enzo.

Lo cuidaba yo, siempre.

La relación siempre fue de mucha dependencia. Al no tener lenguaje verbal, su comunicación era muy reducida. O sea, a través de las miradas, con su mano, tomándonos la mano a nosotros para ponerla donde él necesitaba o quería algo. Ocasionalmente de juego, cosquillas o juego con algún objeto, pero nada más, una relación muy limitada. Limitada por el mismo problema de él. Pero bueno, nosotros estamos al servicio de él, para sus necesidades y él ocasionalmente compartía momentos familiares. Mayormente no comíamos juntos, porque él tiene su forma especial de comer, le dábamos primero a él y después comíamos nosotros. Una relación buena, pero muy limitada.

Y tu marido ¿Te ayudaba en el cuidado también?

M: Si, si porque yo no podía, antes de que me enfermara también. Ya era tan grande la demanda de atención de él y el porte, el tamaño, el peso, que necesitaba que él me ayudara también. Aparte yo tenía que ir a comprar o tenía que hacer algún trámite algo y la persona con que se quedaba era él.

Residente:

Yo estaba con una familia Amaya. Mis padrastros

-¿Y antes, tu familia: tu papá, tu mamá?

No los conocí, no los conocí. No la conocí nunca a mi mamá.

-¿Hermanos, algún otro familiar?

Tampoco.

-¿Cómo llegaste a esta casa de Amaya? ¿Quién te llevo?

Me llevo él, me adoptó allá en Tupungato. Nunca me quisieron. Me pegaban, me daban de comer de vez en cuando, no comía bien. Dormía en una pieza bien al fondo solo y se llovía todo.

-Actualmente ¿tenés algún familiar que te visite?

Mira, familiar tengo muchos, pero lo que pasa es que ellos no pueden venir.

“Institucionalización y Familia. ¿Vulneración de derechos legitimada?”

-¿Qué familiares tenés?

Y la Silvia, la Dora pero no sé si son familiares.

-¿Y por qué ella te aceptó como un hermano, como se encontraron, cómo fue la...?

Por el Joaquín (empleado del Instituto Jorba de Funes)

-¿El Joaquín la conocía?

Claro, él viajaba para Tupungato. Yo le dije: “Joaquín porque no me buscas los familiares. Si conoce algún familiar Bordón”. “Si, como no, Lorencito”. Él tiene el padre allá en Tupungato. Había una chica que se llamaba Antonia Bordón, y él vino me la presentó acá.

Ellos no vienen casi porque hace mucho que no la veo. Antes me llamaba por teléfono a cada rato, pero ya no me llama como antes. Y yo no tengo número de teléfono, como ser, de dónde vive.

-¿Y vas a visitarla?

No, porque está en Tupungato y allá tengo a mi mamá.

-¿Y con algún otro pariente te visitas?

Y más con la Silvia. Porque siempre voy para el día de la madre, o sino el día del padre. Este domingo no he ido para el día del padre. Y a veces para las fiestas, para navidad la paso con ellos.

Mi hermana me acepta como un hermano más

Ellos se llaman Araya y yo me llamo Lorenzo Bordón. Pero no es Araya. Porque yo no pertenezco a esa familia, pero ellos me aceptan como un hermano. La Silvia me aceptó como un hermano porque me la llevó la Antonia, me llevó donde estaban ellas. Me la presentaron ahí, comimos asado un día domingo, me presentó la Antonia.

Me quiere mucho. “Dale, ceba mate”, me dice. “Ahí tenés abierta la heladera come pan con manteca o si hay dulce, come dulce”. Ellos me atienden muy bien, no me voy a quejar

Y yo me porto bien con ella, no le faltó el respeto, nada. No soy atrevido. Yo, la conducta mía donde voy yo me porto bien.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

En cuanto a los recursos familiares, puede decirse que los mismos eran escasos. Se observan familias separadas a cargo de jefaturas femeninas que tenían que compartir su

tiempo con sus otros hijos y en la generación de ingresos, con ocasionales ayudas. Como recurso se ve la figura materna y su capacidad para el cuidado. Además, se advierten familias ampliadas y recicladas.

“La cuidada yo y mis hijas, pero mis hijas eran chiquitas. A lo mejor en una urgencia me ayudaban”

-“Lo cuidada mayormente yo”

-“La relación siempre fue de mucha dependencia”.

También se observa escaso apoyo de las familias extensas, la situación de discapacidad acentuó el asilamiento familiar sobrecargando a un miembro de la familia en el cuidado del sujeto.

“No podía tener amistades porque mi hija los mordía. Me separé por dedicarme mucho a la enfermedad de mi hija”.

La relación con los demás miembros de la familia, (hermanos, abuelos, etc.) en todos los casos, es limitada. Esto se debe a la falta de comunicación del miembro institucionalizado, a la agresividad de éstos y a la hiperactividad. Y contrariamente, de mucha dependencia con la persona cuidadora. La edad de los hermanos (en todos los casos menores de edad) implica mayor tarea sobre la progenitora ya que no puede delegar o hacer circular el cuidado del sujeto en situación de discapacidad. Realidades que refuerzan la dependencia entre el vínculo madre e hijo.

-“Cuando está en la casa no le pierde pisada, está todo el tiempo detrás de la madre”.

Es posible que el rol tradicional de madre asignado a la mujer también haya estado presente en esta construcción, una distribución desigual en las relaciones familiares en relación al género.

Por diversas situaciones, y principalmente por las situaciones de discapacidad del miembro institucionalizado, no logran sostener la situación y en todos los casos requieren, por diversos medios, la Institucionalización. Esto se da debido a que a medida que las personas con discapacidad crecen se torna más dificultoso el cuidado, las crisis son más difíciles de controlar y los recursos familiares se tornan escasos. Las personas en situación de discapacidad llegan a la institucionalización aproximadamente a los 18 años, esto se da debido a las limitaciones para sostenerlos en el ambiente familiar dada sus conductas y situaciones de discapacidad.

En todos los casos, la institucionalización resulto un alivio para el funcionamiento de la dinámica familiar y actualmente se encuentran en una situación de mayor bienestar.

Por otro lado, también aparece el discurso médico ligado a otros paradigmas que respondían al momento social en el cual se llevó a cabo la institucionalización.

Recursos Económicos.

Familia 1:

Nunca trabajé estando con ella y en el último tiempo menos. No hubiese podido. Vivía de mi ex marido, estaba separada. Nunca pude trabajar con ella.

Mi ex marido tenía un trabajo, pero vivía en Buenos Aires y yo en Mendoza. Él me mantenía todos los gastos: la medicación, los pañales, todo.

Familia 2:

Tenía que ir a planchar o a limpiar. Tenía que trabajar o trabajar porque tenía los tres niños. Mi esposo falleció en un accidente de moto, entonces limpiaba, lo que me saliera.

Familia 3:

Mi mamá siempre ha sido ama de casa y mi papá trabajaba en comercio y teníamos chacra en mi casa.

Familia 4:

Yo era ama de casa nada más y hacía algunos trabajos de tejido cuando me daba el tiempo que era muy escaso. Mi marido trabajaba en su trabajo actual, trabaja en la Plaza Independencia, hace trabajos de artesanía.

Residente:

Yo lustraba zapatos, era lustrador.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Debido a la dependencia de sus hijos, las madres tienen tiempo escaso para trabajar y estos trabajos son, por lo general, temporales o precarios. Esto se debe a que las madres deben dedicarse al cuidado de sus hijos, lo cual no les permite capacitarse laboralmente o cumplir horarios de manera regular debido a las posibles crisis o dificultades de sus hijos.

“Dos años fueron los graves, estuve todo el tiempo en la casa y no hubo forma de que me moviera a ningún lado”.

Si bien en la mayoría de los casos las personas en situación de discapacidad cuentan con pensión nacional o provincial, la misma es insuficiente para cubrir los múltiples y elevados gastos que la discapacidad requiere. Como por ejemplo: pañales, medicación, asistencia médica sostenida de acuerdo a sus necesidades etc.

-“Tenía que ir a planchar o a limpiar”.

-“Nunca pude trabajar con ella”.

-“Yo era ama de casa nada más y hacía algunos trabajos de tejido cuando me daba el tiempo, que era muy escaso”.

Recursos Institucionales.

Familia 1:

Helen Keller y en la Escuela CAISA en Rivadavia. En la Helen Keller estuvo poco porque nos derivaron a Rivadavia que me quedaba más cerca.

Ya en el último tiempo no la podían dominar, no había forma de que le enseñaran nada porque no aprendía nada. Era enojo y enojo. Mordía a las maestras. Entonces tuvimos que dejar de ir porque no la podían atender.

-¿Llego a aprender algo?

Si, algunas señas. Porque los sordociegos se manejan con señas. Por ejemplo a comer, cómo se come. Una seña para que ella camine. Alguna seña para cambiarle el pañal.

Familia 2:

En IRPI le fueron endureciendo partes del cuerpo y después en IRPI no me lo quisieron atender porque decían: “¿para qué?, si el Marcos no iba a ser nadie”.

Al Emilio Civit iba día por medio. Ahí le hacíamos fisioterapia y fonoaudiología.

Familia 3:

Estuvo en Don Orione, después estuvo en Remanso de Amor. Iba en el día. Hace muchos años estuvo albergado en IREDIN. En ninguna institución hacía actividades.

En DON Orione estuvo antes de acá. Ese era privado, Don Orione, eso se lo pagaba el gobierno.

Albergado acá, nada más

Familia 4.

A la Escuela Pavón que estaba en Godoy Cruz, una escuela de sordos. Le hacían estimulación temprana, eso habrá sido a los 11 meses que empezamos con ese tipo de rehabilitación. Y ahí habrá estado 2 años, más o menos. Me dijeron: “ya no se puede hacer más nada por él y que hasta ahí llegaba”.

Y después fue a EINO, que también era un Instituto para no videntes, también la situación fue la misma. Fue dos o tres años y luego de ese tiempo también dijeron lo mismo: “que ya no podían hacer nada por él, que no era lo que él, específicamente, necesitaba y no lo recibieron más.

También estuvo en la Escuela Perrupato de San Martín. Después estuvo en IRID en Rivadavia ahí tenía sesiones de Kinesiología y de musicoterapia, fue en el lugar que más tiempo estuvo, estuvo 3 o 4 años

El último lugar en donde estuvo fue en el Hogar Don Orione, en el Centro de Día. Ahí tenía kinesiología y psicología. Cuando solicitamos la internación ahí, ya no lo quisieron recibir.

Residente:

Me mandaron allá, a la Colonia 20 de Junio. Me llevaron al Patronato de Menores que está en el pabellón 5.

Claro, ya cumplí los... no sé cuántos años. Me sacaron de la Colonia

Un padre de la Iglesia San Francisco me pago una pensión. Luis se llamaba.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

En todas las entrevistas realizadas se aprecia la situación de que todas las familias han acudido a otras instituciones antes de asistir al Instituto Jorba de Funes. Es decir, han concurrido a distintos Centros de Día de la Provincia para realizar actividades de estimulación temprana, kinesiología, fisioterapia, etc. Este recorrido institucional previo da cuenta cierta movilización por parte del grupo familiar agotando instancias previas que no contemplaban la institucionalización.

En los casos consultados se repitió la misma situación: los abordaban por un tiempo pero luego no podían seguir con el abordaje debido a que no se le podía ofrecer la actividad terapéutica que necesitaban. Esto, por motivos de la características de la propia discapacidad en algunos casos; o al agotamiento de los recursos de la institución en otros, no pudiendo ofrecer más de lo que se había logrado hasta el momento. Se debe tener en cuenta que desde estas instituciones siempre se tuvo un abordaje centrado en el sujeto en situación de discapacidad y no en la familia y el sostenimiento del sujeto dentro de su red familiar. Este tipo de abordaje, puede responder a los paradigmas vigentes en las instituciones al momento de la institucionalización (estas institucionalizaciones se produjeron hace veinte años la más antigua y nueve años las más reciente).

“En el último tiempo no la podían dominar, no había forma de que le enseñaran nada porque no aprendía nada. Era enojo y enojo. Mordía a las maestras. Entonces tuvimos que dejar de ir porque no la podían atender”.

“Me dijeron: ya no se puede hacer más nada por él y que hasta ahí llegaba. Que no era lo que él, específicamente, necesitaba. Y no lo recibieron más”.

Principalmente en las institucionalizaciones que se llevaron a cabo hace veinte años, queda expuesta con mayor evidencia la violencia institucional a la que fueron expuestas algunas familias. Expresadas en frases como: “¿Para qué, si él no va a ser nadie?”

CATEGORIA 2: CAUSAS / EVENTOS QUE PRECIPITAN LA INSTITUCIONALIZACIÓN.

Familia 1.

Era malísima. Tenía momentos malísimos. En el momento en que la internamos tenía muy malos momentos. No tenía momentos buenos. A lo mejor, estaba todo el día conmigo en la cama, no me dejaba levantar y se dormía a las ocho de la noche. Cuando yo me levantaba para hacer las cosas de la casa, ella a las dos de la mañana se levantaba y se levantaba con todo. Pegaba, largaba lo que encontraba, tiraba todo; las camas, lo que encontraba. A lo mejor duraba hasta las seis de la mañana eso.

No podía dormir desvestida porque donde encontraba la piel, era como que te quería arrancar la piel. Tenía que dormir con pantalones, con campera, con un gorro. Que no me tocara piel.

Con las manos tiene una agilidad de rasguñarte, arrancarte los pedazos.

De los 9 a los 11 se puso más mala. Siempre lo tuvo, pero era controlado. Una vez al día tenía un ataque y con remedios lo calmábamos, pero ya después no. Eran muchas veces en el día y ya no lo calmábamos con nada. Los médicos en vez de darte una solución, te subían la medicación.

Dos años fueron los graves, estuve todo el tiempo en la casa y no hubo forma de que me moviera a ningún lado. Para que la viera el médico tenía que venir el médico a mi casa a verla. Para ir al baño tenía que ir con ella. Si se salía de al lado mío se venía el problema porque mordía, rasguñaba, pateaba, rompía lo que encontraba a su paso.

No había forma de tenerla en mi casa. Se había vuelto peligrosa porque golpeaba a las hermanas.

Los médicos me decían: “mirá, cuando tenga esas crisis atala a la cama” y yo le decía “voy presa por atarla a la cama”. Y me decían: “vas a estar presa medio día y te van a soltar porque todo el mundo sabe la situación de ella”. Pero era inhumano, escucharla gritar. Entonces en esos momentos de mucha crisis, vino el pediatra y dijo: “yo tengo que declararla insana, la declaro insana no puede estar más en la casa”, yo digo: “usted la va a declarar insana pero nadie me la va a recibir porque no me la reciben en ningún lado”. Entonces me dijo el pediatra: “andate al hospital con ella y espera que se enoje. Cuando la empiecen a tratar se va a enojar y no te muevas de ahí, llama a la policía y decís que ella fue declarada insana, no puede estar en la casa” Así que tuve que hacer así. Me fui al hospital, la Lucila recontra enojadísima, empezó a tirar todo y me dijo el médico bueno: “te voy a aumentar la

medicación y te vas a tu casa”, “no- le digo- yo no me voy, ella ha sido declarada insana no puede estar más en mi casa. Llamen a la policía y que intervenga el Juez de Menores”. Y así lo hice, a los dos días nos trasladaron al Jorba por orden judicial

Nunca había estado acá (en Jorba de Funes). Y si bien, ahora está muchísimo mejor. Cuando yo llegué era espantoso.

Me dio tal impresión de que yo tenía que dejarla e irme. Yo vine en la ambulancia y tenía que dejarla e irme. Eso fue un día miércoles, me quedé acá hasta el lunes. Me la quería llevar y no podía. No podía porque por orden judicial no la podía sacar. El lunes tuve que dejarla. Fue espantoso. No me quedó otra porque tenía que ir al Juzgado, tenía otras hijas, tenía un montón de cosas.

Cuando me quedé fui empezando a tratar con las personas, a ver que no era tan malo como yo vi en un primer momento.

Y en un momento el médico me prohibió la entrada. Cada cuatro días, me dijo, porque le hacía mal a ella. Cuando yo me iba era un desastre, no quedaba una cama en la habitación, había que atarla, era un desastre. Entonces tuve que venir cada cuatro días.

Yo estaba acostumbrada a verla en perfectas condiciones porque yo me ocupaba cien por ciento de ella. Entonces yo llegaba acá y si la encontraba un poco descuidada, la bañaba, la cambiaba y a ellos no le gustaba. Hubo muchas discusiones con el personal. Me costó mucho, nos costó a todos. Adaptarnos unos a otros.

Después venía cada cuatro días, después venía cada tres, por ahí hasta dos veces por semana. Y ahora vengo una vez a la semana, por ahí si tengo un tiempito vengo dos veces por semana. El día de su cumpleaños, el día de navidad, el día de año nuevo. Todas esas cosas venimos la familia.

Familia 2.

Se escapaba, a la calle se iba.

El neurólogo lo atiende desde que tenía 8 años. Él trabajaba, el Dr. Noli, en el Jorba. Entonces de ahí viene que él está ahí.

- ¿Se lo recomendó ese doctor?

Él y otros médicos que le mandaron una carta a él. Un doctor que le quería hacer un electro y no se lo dejaba, entonces me dijo que no podía estar yo con él así.

En ese entonces yo vivía sola. El padre falleció cuando el Marcos tenía un año y 5 meses.

Era agresivo, por eso el doctor digo que “qué íbamos esperar teniéndolo así”. Que a lo mejor después tenían que internarlo en la parte judicial.

Rompía los vidrios, se escapaba. Por ahí, había días que no se quería acostar y pasaba en el patio toda la noche.

Ese médico me dijo: “usted vaya al Juez”, me dijo todos los pasos que tenía que hacer. Lo internaron primero en El Sauce. De El Sauce me dijo la doctora: “usted ya ha hecho demasiado, déjenos actuar a nosotros” y de ahí lo llevaron al Jorba.

Él está por el Juez. Pero más por los médicos, a parte a él le dan convulsiones, muchas convulsiones por día. Entonces yo, cuando era chico lo podía manejar, alzarlo, llevarlo al hospital, pero ya después no. Entonces ahí (en Jorba de Funes) tiene la asistencia médica, si a veces un ataque es muy largo le ponen un calmante, alguna cosa. En cambio, yo eso no lo puedo hacer.

- ¿Cómo vivió el proceso de institucionalización?

Mal, con estado depresivo. Y una doctora de ahí de El Sauce me dijo: “acuérdesse que qué va a ser de él si usted se enferma y la tienen que internar a usted”. Eso me hizo recapacitar.

Eso fue lo que más me costó. Lo iba a ver todos los días a la hora de la comida porque él no comía solo. Y después me dijeron en el Jorba, que yo tenía que dejar de ir a verlo todos los días para que él se independizara. Que le hacía mal.

Iba entre semana, y después empecé a ir menos. Actualmente, todas las semanas no dejo de ir, ojala llueva, caiga piedra.

Familia 3.

Internado estuvo acá nomás, en las otras instituciones iba durante el día. Del centro del discapacitado nos derivan al Jorba. Como la provincia entro a recortar gastos entró a recortar todas las instituciones privadas porque la pagaba todo el gobierno a esas instituciones. Lo venían a buscar una vez por semana, lo traía un transporte en el día, él venía y se iba en el día. Al transporte lo pagaba el gobierno por una pensión que tenía mi hermano de la provincia, la pensión le cubría todos esos gastos. El gobierno recortó gastos, sacó el transporte y lo dejaron interno con la condición de que teníamos que venir a buscarlo una vez a la semana, a buscarlo nosotros.

Familia 4.

Yo me enfermo, una enfermedad autoinmune, Síndrome de Sjögren donde me ataca principalmente las manos, las articulaciones de las manos y eso me imposibilita hacer cualquier tipo de movimiento con las manos. También caigo en un estado depresivo, me empiezan a atender en el Hospital “EL Sauce”, psicólogas y psiquiatras.

El nene chiquito también empieza a tener problemas psicológicos de aislamiento. Entonces el médico de acá de El Sauce recomienda la internación dado el cuadro familiar y también la situación del Enzo que nosotros ya no podíamos contenerlo, o sea no le podíamos

brindar más y él necesitaba más porque estaba muy inestable. Empezó a convulsionar mucho e inestable de carácter, de ánimo, se auto agredía muchísimo, entonces había que estar haciendo cambios permanentes en la medicación. Necesitaba permanente estar con el médico.

Entonces cuando ya no nos quedaba más alternativa recurrimos al Juzgado de Familia con los certificados médicos del Hospital “El Sauce”, todos los antecedentes, la búsqueda que veníamos llevando y que no teníamos respuesta. El Juez decide internarlo primero en el Hospital “El Sauce” como para estabilizarlo porque estaba muy auto agresivo. De ahí lo destinan para acá (al Jorba de Funes).

El Juez intervino, pero primero El Sauce ya no quiere seguirlo teniendo. Son las dos cosas.

Viví el proceso con mucha angustia. Estábamos simbiotizados, estábamos los dos muy pegados, estábamos siempre juntos, yo nunca me separe de él. Por ejemplo, a Enzo le ponían una inyección y me dolía a mí, sentía el dolor yo, increíble pero era lo que me pasaba. Entonces, cuando lo internaron fue muy difícil para mí, de mucho dolor, mucha tristeza porque lo extrañábamos, lo extrañaba terriblemente. A la noche me parecía escucharlo, yo dormía con una prenda, algo de él, que tuviera el olorcito de él, dormía en su cama para sentir su olor.

A mi marido se le ocurrió y yo acepté, de que me pusiera a estudiar como para distraerme y no estar pendiente todo el tiempo de él. Así que empecé a estudiar y eso fue bastante terapéutico para mí porque me ayudó a sacar mi mente de estar todo el tiempo pensando en el Enzo y que le podía pasar algo malo. Entonces eso me ayudó a salir del estado depresivo que tenía. También por el hecho de estudiar ya empecé a venir menos. Fue un proceso lento, al que me fui acostumbrando.

Residente:

Me adoptó una familia Amaya, ellos no me querían. Dormía en un fondo, en una piecita solo. No me quisieron nunca. Cuando yo me salvé del Servicio Militar, me echaron a la calle, me tiraron el colchón, todo.

Dormía en una pensión en la calle Espejo. Me la pagaba un padre de la Iglesia San Francisco, Luis se llamaba.

El cura habló con el García Díaz (perteneciente a la cooperador del Jorba en 1978) y le dice, mire: “yo tengo un chico con un problema que no lo puedo mantener, porque si a mí me trasladan a otro lugar, yo no le puedo estar pagando la pensión. Entonces buscale un lugar al chico para que no duerma en la calle”.

Me llevaron al Jorba y ahí me dieron la comida, me dieron todo en el Jorba.

El primer día llegué triste porque no sabía dónde mierda me traían. Había máximo de chicos, no se podía entrar. Yo me sentía mal, pero hasta que me acostumbre. Con los años ya me quedé.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Puede apreciarse que en todos los casos las institucionalizaciones son por orden judicial, habiendo agotado otras instancias, como por ejemplo, otras instituciones.

En dos de los casos las causas principales de la institucionalización es la agresividad hacia los demás y la autoagresividad de las personas con discapacidad con el riesgo que eso conlleva a los demás miembros de la familia y a otras personas. Pero también la enfermedad de la cuidadora o de alguno de sus miembros, lo cual empeora la situación familiar.

Por otro lado, la dependencia a la que se ve sometida la cuidadora, principalmente la madre, es muy alta ocupando la mayor parte del tiempo en el cuidado de su hijo.

También, dada esta situación, se ve afectada la vida social, no pudiendo asistir a encuentros o reuniones familiares ni de ninguna índole.

Las familias se ven sobrepasadas por la situación no encontrando recursos familiares, institucionales, ni personales para hacerle frente a la situación; ni sabiendo cómo actuar ante las distintas circunstancias.

“Era malísima. Tenía momentos malísimos. No tenía momentos buenos. Pegaba, largaba lo que encontraba, tiraba todo; las camas, lo que encontraba. A lo mejor duraba hasta las seis de la mañana eso. Con las manos tiene una agilidad de rasguñarte. Si se salía de al lado mío se venía el problema porque mordía, rasguñaba, pateaba, rompía lo que encontraba a su paso”.

“Se escapaba, a la calle se iba. Rompía los vidrios, se escapaba. Por ahí, había días que no se quería acostar y pasaba en el patio toda la noche”.

Esta situación genera impotencia en las familias, no encontrando recursos para mejorar este escenario y terminan tomando la decisión, como último recurso, de llevar a cabo la institucionalización, viviendo este proceso con culpa, angustia y depresión, lo cual disminuye lentamente a medida que pasa el tiempo (sin que desaparezca totalmente hasta la actualidad) y van adaptándose a esta situación desconocida.

En resumen, la institucionalización como evento marca la trayectoria como un antes y un después. El dolor e impotencia se hacen presente ya que supone reconocer las limitaciones del grupo familiar para sostenerlo y luego el alivio, alivio al que viven con culpa y angustia.

“Fue un proceso lento, al que me fui acostumbrando”.

“Si bien, ahora está muchísimo mejor. Cuando yo llegué (a la institución) era espantoso. Me dio tal impresión de que yo tenía que dejarla e irme”.

En la actualidad, se encuentran satisfechas con esta situación, la cual ven como beneficiosa para la vida de ambos, observando, en algunos casos, avances en cuanto a la sociabilidad de sus hijos y tranquilidad dado que tienen asistencia médica y las necesidades básicas satisfechas.

En uno de los casos, la madre pudo estudiar una carrera terciaria y en la actualidad se encuentra trabajando. Esta opción significó, en principio, una actividad terapéutica para superar los días posteriores a la institucionalización. Pero en la actualidad significa una posibilidad de crecimiento personal y laboral.

“Entonces ahí (en Jorba de Funes) tiene la asistencia médica, si a veces un ataque es muy largo le ponen un calmante. En cambio, yo eso no lo puedo hacer”.

A pesar de los años que han pasado desde el momento en que se lleva a cabo la institucionalización, la evocación de esos momentos provoca angustia en los sujetos entrevistados, con frases que señalan el dolor que acompañaron esos momentos iniciales cuando se da la institucionalización y la separación del grupo. Esta angustia perdura hasta la actualidad.

CATEGORÍA 3: REPRESENTACIONES.

Representaciones de la discapacidad:

Familia 1

Lo veo como que lo padezco más que todo. Un sufrimiento en la familia, un sufrimiento en el paciente, en la persona enferma. Te cuesta mucho que la gente se te adapte a eso. La gente mira, la gente comenta, la gente es rara.

Yo veo un discapacitado y lo trato como si fuera algo mío porque ya lo tengo incorporado. Otras personas no, a lo mejor te miran y se van. Cuesta mucho que la gente tome conciencia de eso. Porque es una persona más, porque es un niño más, así sea una persona grande, es una persona. El que no lo vivió no tiene idea.

He tenido que padecerlo. Ahora vivo tranquila, porque dentro de todo ella está bien.

Familia 2

Un dolor terrible, que he sufrido cualquier cosa. Ha sido muy difícil.

Dolor, sufrimiento. Me han tocado médicos muy duros, que te dicen cosas como: “¿para qué, si su hijo no va a ser nadie?”, así con dureza. “¿Cuánto le dijeron que va a vivir?” y te van diciendo distintos años de vida. Al principio no me daban mucha esperanza de vida. “y vivir así, ¿Para qué?”, me dijo una doctora. Ahora las cosas han cambiado mucho.

Familia 3.

Una tortura. No tenés vida

Familia 4.

Significó un aprendizaje. De cómo cuidar a un chico con ese grado de discapacidad y a nivel técnico también porque tuve que familiarizarme con palabras y términos que no conocía, tuve que investigar de qué se trataba. Y un aprendizaje de lo humano, de valorar pequeños avances, pequeños logros que a lo mejor para otras personas pasan inadvertidos, para mí eran súper importantes. Como por ejemplo que me mire, yo me acuerdo hasta el día de hoy la primera vez que Enzo se sonrió. Me enseñó a mí a valorar las cosas pequeñas. Básicamente, un aprendizaje.

Residente:

Hay chicos discapacitados, yo viajaba en el micro a FEYES, se bajaba la madre con el chico discapacitado, no sabes cómo abrazaba al hijo, y a mí se me caían las lágrimas. Lloraba porque yo no tenía ninguno que me quería, eso te queda grabado en el corazón.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

En la mayoría de las personas entrevistadas la palabra “discapacidad” les remite a sufrimiento, tristeza, dolor, padecimiento. Se reconoce la discapacidad asociada al dolor y a lo que el otro provoca o a partir de lo que el otro no es.

“He tenido que padecerlo. Un sufrimiento en la familia, un sufrimiento en el paciente, en la persona enferma”.

“Un dolor terrible, que he sufrido cualquier cosa. Ha sido muy difícil”.

“Una tortura. No tenés vida”.

Aunque para una de las personas consultadas significó un aprendizaje y también una valoración de las pequeñas cosas, como por ejemplo: una sonrisa o una mirada. En este caso, se reconoce a la persona en situación de discapacidad como sujeto y se lo acepta tal cual es.

“Significó un aprendizaje. Tuve que familiarizarme con palabras y términos que no conocía. Y un aprendizaje de lo humano, de valorar pequeños avances, pequeños logros que a lo mejor para otras personas pasan inadvertidos, para mí eran súper importantes. Como por ejemplo que me mire, yo me acuerdo hasta el día de hoy la primera vez que Enzo se sonrió. Me enseñó a mí a valorar las cosas pequeñas”.

Se puede percibir, de este modo, los procesos familiares diferenciados que estos grupos transitaban y pudieron construir a lo largo del tiempo.

Por otro lado, puede apreciarse el reconocimiento de la madre del sujeto que hace más tiempo que se encuentra albergado, de que en la actualidad hay otra forma de pensar. En

este caso, esta persona ha transitado por los distintos paradigmas existentes, puede reconocer ese cambio y lo percibe como positivo.

“Al principio no me daban mucha esperanza de vida. “Y vivir así, ¿Para qué?”, me dijo una doctora. Ahora las cosas han cambiado mucho”.

Cuando se consulta sobre este tema a la persona albergada, ésta deja de lado la palabra, dándole valor al amor. En su caso es lo que no tuvo,

“Yo viajaba en el micro a FEYES, se bajaba la madre con el chico discapacitado, no sabes cómo abrazaba al hijo, y a mí se me caían las lágrimas. Eso te queda grabado en el corazón”.

Representaciones del miembro institucionalizado.

Familia 1

No podía tener amistades porque mi hija los mordía. Me separé por dedicarme mucho a la enfermedad de mi hija.

Estamos acostumbrados, imagínate que llevamos ocho años acá. Lo que antes nos podía llegar a impactar, ahora es normal. Para una persona que venga de afuera es impactante, para nosotros es normal.

Yo le pedía a Dios: “por favor llévatela, no quiero verla sufrir de esa forma”. Porque no es una vida, es un sufrimiento permanente. Aparte no estás viendo una forma de que las cosas se mejoren sino que empeoran. Entonces era un sufrimiento permanente.

Tengo un vínculo con los pacientes (demás residentes) con los que se acercaron en un primer momento, que son más que todo las mujeres.

Familia 2.

Mis otros hijos no van tanto, eso a mí eso me dolió un montón. Tuve que ir a un psicólogo (risas). Claro, es que, que no lo vayan a ver me parecía...es que a los chicos les causa mucha pena. Antes mis hijos iban más pero ya después...son casados, tienen sus hijos, tienen su familia, ya no pueden.

Salgo, a veces con tristeza. No solamente por mi hijo sino por verlo a esos chicos, me produce tristeza. Y a veces llego mal y no almuerzo cuando llego sino que almuerzo después porque me agarran chuchos de frío, que se yo. Hay veces que vengo bien y hay veces que no. A veces me invitan mis hijos a comer y no voy porque llego y me acuesto...de la tristeza, que se yo. No solamente por mi hijo, sino que los otros están peores.

Necesitan mucho cariño. Yo les llevo caramelos o cosas. Los chicos me extrañan sino he ido un domingo, me dicen si no estuve enferma. Ellos esperan. Hay algunos que los tengo que atender a ellos primero antes que al Marcos, les doy caramelos o cosas, entonces se tranquilizan, se van y me dejan con el Marcos.

Familia 3.

El Carlos no es un chico que lo tenés para actividades, él no es un chico que se entretenga con actividades. Siempre ha sido un chico muy inquieto que no lo entretiene nada. Lo que sí, comer y romper cosas. Como rompe acá, rompe en mi casa. No es agresivo.

Cuando está en la casa está todo el tiempo detrás de la madre. Él es muy pollerudo. Es re pollerudo.

El que vive con una persona enferma no tiene vida. Es triste, pero es la realidad. Más difícil es todavía porque él no sabe expresarse, no sabe decir que le duele, nada.

Hay discapacitados y discapacitados. Hay chicos que son tranquilos, que los entretiene la televisión pero el Carlos es un chico que no se entretiene con nada. Aparte que es muy dañino, en mi casa nos ha roto todo. Cuando lo internaron fue un alivio grandísimo, tocaba el cielo con las manos. Que Dios me perdone, pero es así. Es un alivio grandísimo en la familia, fue una paz, una tranquilidad, dormir en la noche tranquilo. Fue el día y la noche en la familia, el sol y la luna.

Con él tampoco podemos salir a ningún lado. Nunca hemos tenido vida propia.

Él está con la gente que tiene que estar. Más allá que nosotros somos sangre, hermanos, no lo vamos a dejar. Pero él también tiene que tener su vida que es este mundo, que no es el nuestro. Porque es real eso, no es el mundo nuestro, es el mundo de ellos, donde tiene que habituarse.

Familia 4.

A él lo encuentro integrado. Enzo ha progresado enormemente, pero muchísimo. En el sentido de sociabilizarse, de establecer un contacto visual. A mí me da mucha felicidad llegar y ver que le están dando de comer y, por ejemplo, espera sabe esperar, eso en mi casa no pasaba, espera su turno de la comida. Mientras tanto, él se conecta visualmente con los otros chicos, se aproxima y se sonríe. Entonces eso, para nosotros, es un avance enorme. Y eso lo ve mi familia también. Ellos cuando vienen a verlo lo encuentran más despierto, más conectado.

Él siempre vivió en un mundo muy limitado. Su mundo estaba conformado de tres personas, nada más. Y acá, obligatoriamente, se vio incluido en un mundo de 50 personas, aproximadamente. Entonces, se encontró con un mundo diferente al que tenía y lo obligó a relacionarse más.

Estoy tranquila, yo puedo desarrollar mis actividades tranquila porque sé que acá está bien atendido.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

En cuanto a las representaciones del sujeto en situación de institucionalización las mismas son diversas. Se remiten a las dificultades que les ocasionó en su vida y a la tristeza y dolor que produjo dicha realidad de institucionalización.

Se expusieron discursos extremistas, marcando una gran diferencia entre las personas con y sin discapacidad. Explicando que debe existir una “distancia” entre ambas personas, justificando de esta manera la institucionalización. Ello habla de dos clases de personas (personas con y sin discapacidad, y la diferenciación que debe existir entre ambas). En este discurso se muestra, claramente, la vinculación de algunas personas a antiguos paradigmas.

“Él está con la gente que tiene que estar. Más allá que nosotros somos sangre, hermanos, no lo vamos a dejar. Pero él también tiene que tener su vida que es este mundo, que no es el nuestro”.

En estos discursos, también aparecen expresiones en donde se busca escapar de la situación a través de la muerte del miembro con discapacidad. Esto marca la frustración e impotencia por la que estos grupos familiares transitaron, muestra situaciones límites que, realmente, no podían manejar y lleva a imaginar situaciones límites.

“Yo le pedía a Dios: por favor llévatela, no quiero verla sufrir de esa forma”. Porque no es una vida, es un sufrimiento permanente. Aparte no estás viendo una forma de que las cosas se mejoren sino que empeoran”.

Por otro lado, se justifica la institucionalización fundamentando que la persona con discapacidad está mucho mejor desde su albergue y que, por ejemplo, se encuentra “más integrado”, “más conectado” con el grupo al que pertenece, logrando algunos aprendizajes de las actividades de la vida diaria.

“A él lo encuentro integrado. Enzo ha progresado enormemente, pero muchísimo. En el sentido de sociabilizarse, de establecer un contacto visual”.

En todas las entrevistas, aparece el tema de los demás residentes. Todos han logrado un vínculo con éstos, y este vínculo es mutuo. Este aspecto se aprecia como un tema interesante a profundizar.

Tercera parte:
ANÁLISIS
INSTITUCIONAL,
CONCLUSIONES Y
PROPUESTA FINAL.

Capítulo 6: Descripción Institucional.

El Instituto “Concepción Jorba de Funes” es un hogar que alberga a personas con discapacidad mental y motriz perteneciente a la Dirección Provincial de Atención Integral a Personas con Discapacidad, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Derechos Humanos del Gobierno de Mendoza.

En la actualidad, habitan 45 personas, ambos sexos, entre 19 y 82 años. Se trata de personas con discapacidad mental en niveles profundo y moderado. También se encuentran albergados personas con discapacidad motriz, en algunos casos se trata de trastornos severos sin posibilidades de deambulación (situación de cama).

Más de la mitad de la población carece de lenguaje y los restantes presentan serias alteraciones en la comunicación debiendo todos ser interpretados y/o asistidos para cumplimentar sus necesidades básicas y el desarrollo de la vida cotidiana.

Estas personas han sido derivadas a la institución por orden judicial careciendo de grupo familiar continente para recibir una cobertura integral de sus requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada).

La institución otorga prestaciones de:

- Contención primaria: alojamiento, vestimenta, alimentación.
- Atención básica en salud: clínica médica, psiquiátrica, nutrición, enfermería, medicación).

Siguiendo los paradigmas hegemónicos (modelo médico de atención a las discapacidades) tanto la población albergada como el personal de la institución, se encerraron

dirigiendo sus miradas hacia adentro distanciándose de vínculos familiares, sociales y comunitarios.

El Instituto era lo no visto, de lo que no se hablaba, sufriendo, en consecuencia un alto grado de deterioro.

Esto queda evidenciado en las visitas recibidas por los albergados del Instituto. De las cuarenta y cinco personas, que residen en el organismo sólo cuatro son los que reciben visitas semanales. Por otro lado, hay catorce personas que reciben visitas esporádicas o solo en fechas claves como cumpleaños, fiestas de fin de año, entre otras. Existen otras situaciones en las cuales se conoce la existencia de familiares pero no han tenido contacto con el sujeto albergado desde hace más de un año, son seis personas las que se encuentran en esta situación. Por último, se está el grupo en el que no hay registro, ni se conoce la existencia de ningún familiar.

La realidad en el Instituto María Concepción Jorba de Funes es compleja. Se observa, cotidianamente, a personas en prolongados momentos de inactividad (salvo algunas actividades con una periodicidad de una o dos veces por semana) sin oportunidades de acceso a la comunidad y sin posibilidades de pensarse a futuro por fuera de la institución, es decir que no logran independizarse de la misma, no transitan procesos que tiendan a su autonomía.

En este sentido, el personal del Instituto no colabora con las actividades recreativas o terapéuticas, restándole valor a este tipo de actividades. Esto se debe a la escasa capacitación del personal, y en algunos casos, a personas que han vivido en otro momento histórico y durante la preeminencia de otros paradigmas. Esto indaga, también, sobre las concepciones y representaciones que tienen de los sujetos en situación de discapacidad que se encuentran en el Instituto.

Por ello, es importante la intervención del Trabajo Social para lograr la integración de la población con la comunidad y la familia generando la posibilidad de que establezcan vínculos afectivos, intercambien con otras personas y desarrollen habilidades sociales.

También resulta significativo sensibilizar y responsabilizar a la ciudadanía respecto de la existencia de esta realidad y de los derechos con que cuentan las personas con discapacidad, promoviendo actitudes que determinen el reconocimiento de sus derechos. Es

decir, debe coexistir una doble trayectoria. Por un lado, la integración a la comunidad de los residentes del Instituto y por el otro la responsabilidad de la ciudadanía en plasmar dicha integración.

La institución y sus espacios hablan, no es ingenuo pensar en el aislamiento social desde lo territorial y la ubicación de la misma. La segregación se hace efectiva, también, en el sentido geográfico; ya que el Instituto “Concepción Jorba de Funes” se encuentra lo suficientemente alejado del centro de la Ciudad de Mendoza, a fin de que no se altere el orden social existente. Esto indica que aún perdura en el imaginario social esta idea de peligrosidad que fundamenta la institucionalización.

Asimismo, la institución se encuentra ubicada en el último pabellón del Hospital “EL Sauce” que fue prestado por éste hace más de 20 años, esto sugiere la falta de lugar de pertenencia propio, esto cuestiona a las Políticas Públicas en la materia. Continuando, detrás del “Jorba de Funes”; lo que sigue, geográficamente hablando, es nada: solo campo. De esta manera, el análisis que se plantea es que en el Instituto hay una analogía entre el espacio físico y el simbólico; ya que al observar detrás de la infraestructura del Jorba no hay nada. Esto nos extrapola al ámbito simbólico, proporcionando un efecto en cuanto a la exclusión. Se produce una sensación, que se asemeja a la realidad, y observamos al establecimiento como el último eslabón en la cadena de la exclusión.

En otras palabras, la amenaza al orden de la sociedad, percibida por las clases dominantes, genera instituciones para controlar, “ocultar” la problemática de la discapacidad y la institucionalización, lógica que responde a antiguos paradigmas en materia de discapacidad y derechos humanos.

El transcurrir de los años no ha planteado alternativas a los residentes ajustadas a las nuevas generaciones de derechos en materia de discapacidad. Si se observa una restricción del uso de este dispositivo institucional como respuesta a la problemática, pero no se logra un cambio sustantivo en la situación de los sujetos que continúan habitándolo, ni en las representaciones y prácticas del personal o de los familiares. Ello exige de intervenciones profesionales dirigidas a los residentes, a los cuidadores en la institución, a la familia y a la comunidad que tenga como eje al sujeto en situación de discapacidad y su inclusión.

Capítulo 7: Conclusiones

El presente estudio logró dilucidar las diferentes causas que llevan a cabo y sostienen la institucionalización de personas en situación de discapacidad en el Instituto Concepción Jorba de Funes perteneciente a la Dirección de Atención Integral a Personas con Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social y Derechos Humanos – Gobierno de Mendoza, en el año 2013 / 2014.

Para esto fue necesario plantear distintos objetivos donde se indago acerca de los distintos recursos institucionales, económicos y familiares que activaron las familias y de las representaciones que tienen las mismas acerca de la discapacidad y, en particular, del miembro institucionalizado.

De esta manera, y a través del material empírico recogido, se valida el supuesto de investigación: “Las causas principales de la institucionalización de las personas albergadas en el Instituto Concepción Jorba de Funes son parte de un entramado complejo en el que convergen distintos factores que tienen que ver con las historias de vida, la falta recursos del grupo familiar, el debilitamiento de los lazos de solidaridad y el concepto que la familia tiene sobre la discapacidad.”, observándolo a la luz de los datos arrojados por las entrevistas. Pero, además, se está en condiciones de ampliar dicho supuesto, ya que las causas de la institucionalización también responden a los paradigmas que se aplicaron hasta hace un tiempo atrás. En los cuales existía un “abordaje asistencial, asilar u hospitalario, sin planes terapéuticos, donde el “asistido” era un sujeto pasivo, dependiente y obediente”.(SERRAT,

2004)⁴⁹ E incluso cabe la pregunta, si éste último, como la respuesta institucional lograda en un momento histórico – político determinado no se encuentra en la base de las causas de la institucionalización.

Los relatos dan muestra de la existencia previa de pre – conceptos referidos a la discapacidad, con una valoración negativa, asociadas a la idea de tristeza, dolor, sufrimiento; aunque también de aprendizaje. No obstante, no se tienen en cuenta significaciones como por ejemplo: restitución de derechos o sujetos de derechos.

En este análisis se debe tener en cuenta que los sujetos en situación de discapacidad a los que se abarcó presentan discapacidades múltiples con retrasos mentales graves o profundos, dificultades en la comunicación, no autoválidos para el sostenimiento de las actividades de la vida diaria y situaciones de comportamiento complejas y violentas.

Los recursos familiares a los que pudieron acceder estas familias fueron escasos. Con el advenimiento de la problemática de la discapacidad estos recursos se deterioran, dando como resultado la institucionalización. Algunos recursos como la flexibilidad y adaptación fueron difíciles de asentar, los mismos fueron llevados a cabo por la figura materna recayendo sobre la misma toda la responsabilidad del cuidado del miembro con discapacidad con ausencia o escasa participación de la figura paterna por distintas causas. En el mismo sentido, se observa escasa participación de la familia extensa. Estas situaciones alentaron el aumento de la dependencia del sujeto con discapacidad respecto de su madre y del aislamiento de la familia, dado que tampoco se podía asistir a reuniones familiares y demás debido a las características de la discapacidad.

Con respecto a la permeabilidad; entendida como la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación prudente de sus miembros con otros subsistemas, como puede ser el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos, etc; las familias estudiadas agotaron otras instancias, previas a la institucionalización, como por ejemplo otras instituciones: Centros de Día y de

⁴⁹SERRAT, M. (2004). En *Sobre los modelos aplicados a la interpretación, clasificación y atención de las discapacidades* (págs. 111-112-113). Buenos Aires: Espacio.

Rehabilitación, en las cuales no pudieron abordar satisfactoriamente la problemática, agotando los recursos institucionales existentes.

Por otro lado, estas familias tienen en su estructura una jefatura femenina, se encuentran desocupadas o con empleos precarios y sin una cobertura social adecuada a las necesidades que requiere este tipo de discapacidad. Al mismo tiempo, y como se explicó anteriormente, la figura materna es la protagonista principal en los cuidados que requiere el sujeto en situación de discapacidad por esta razón la inclusión laboral se ve gravemente afectada.

En resumen, se trata de familias de bajo nivel socioeconómico, los costos para los cuidados suministrados son altos, teniendo en cuenta que la persona con discapacidad, en la mayoría de los casos, no es económicamente activa e independiente. A esto se le suma que dentro de la dinámica familiar, una o más personas asumen responsabilidades por esos cuidados, lo que las imposibilita entrar en el mercado de trabajo y asimismo contribuir para la renta familiar, además de impedir su realización personal y profesional.

Las familias entrevistadas sintieron y expresaron la imposibilidad de sostener a la persona en situación de discapacidad en el sistema familiar. De esta manera, se va construyendo el camino hacia la institucionalización.

Con el paso del tiempo las familias se adaptan al contexto institucional, representando un atenuante para éstas, aunque no menos doloroso con sentimientos de culpa en su mayoría.

Las representaciones de la discapacidad y del miembro institucionalizado se encuentran vinculadas a la vivencia particular de la discapacidad que llevó a una construcción subjetiva de la misma. Esa vivencia está vinculada al sufrimiento, desprotección, tristeza y en otros casos al aprendizaje. No resulta el lenguaje técnico o una resignificación de estas vivencias, que puede corresponder a la ausencia de un abordaje profesional con las familias de la institución.

Las personas albergadas llevaron a cabo el proceso de institucionalización en distintos momentos históricos y políticos, de esta manera durante el modelo medicalizado de atención de las discapacidades se institucionalizaron personas con dificultades motrices o mentales leves, dado que las políticas eran asistenciales y asilares. Por otro lado, las

institucionalizaciones más recientes son casos más severos debido a que la institucionalización fue la última instancia de una trayectoria previa. De esta manera, el Instituto Jorba de Funes cuenta con una población heterogénea, lo cual produce diariamente problemas de convivencia. A esto hay que agregarle, que las personas institucionalizadas durante los antiguos paradigmas son adultos mayores con distintas discapacidades, esto no les permite resguardarse de las exaltaciones psicomotrices que sufren los casos más complejos, sin una necesaria adecuación edilicia a las necesidades que la atraviesan.

La intervención social entendida como campo problemático, se sitúa frente al desafío de develar en cada caso las manifestaciones de la cuestión social. Obrando desde un lugar que presenta fuertes contradicciones, en tanto la realidad en Mendoza y, específicamente, en el Instituto María Concepción Jorba de Funes; es compleja. En el nombrado organismo se observa, cotidianamente, a personas sin oportunidades de acceso a la comunidad y sin posibilidades de pensarse a futuro por fuera de la institución, no logran independizarse de la misma. La institución toma un rol paternalista.

Esta segregación se hace efectiva, también, en el sentido geográfico; ya que el “Jorba de Funes” se encuentra lo suficientemente alejado del centro de la Ciudad de Mendoza, a fin de que no se altere el orden social. Esto indica que aún perdura en el imaginario social esta idea de peligrosidad que fundamentó la institucionalización en otros momentos históricos.

Mansell plantea los efectos negativos que produce la institucionalización: “La naturaleza de la asistencia que se presta en estas instituciones se caracteriza por la despersonalización (prohibición de disponer de objetos personales o de elementos y símbolos de individualidad o humanidad), la rigidez de las rutinas (horarios fijos para levantarse, comer y hacer actividades, al margen de las preferencias o necesidades personales), el tratamiento en bloque (tratar a las personas en grupos, sin privacidad o individualidad) y el distanciamiento social (simbolizado por la diferencias de estatus entre el personal y las personas residentes)” (Mansell)

En base a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el Instituto Concepción Jorba de Funes se encuentran limitados algunos derechos de las personas albergadas, como por ejemplo el derecho a elegir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean

obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico....”También el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad(Convencion, 2006)⁵⁰. Esta vulneración de derechos, podemos decir que se encuentra legitimada ya que la Institución analizada forma parte del aparato estatal. Por otro lado, se debe tener en cuenta que la institucionalización fue una respuesta por parte del estado en ese momento histórico que tuvo que ver con los paradigmas predominantes en la época. Se considera un avance el hecho de que en los últimos siete años no se ha generado un nuevo ingreso a la institución, esto habla de nuevas respuestas, de nuevas intervenciones por parte del estado que no tienen que ver con la institucionalización.

Aquí entra en juego el tema de las políticas públicas dirigidas a personas en situación de discapacidad. Estas deben ser pensadas desde sus derechos y no desde sus problemas, por lo tanto es preciso reconocer la discapacidad desde una categoría moral y política, reconociendo y haciendo más visible a las personas, ya que “persona” es alguien que participa en la vida social y cumple un papel en ella, debe ser un participante libre e igual durante toda una vida, que puede decidir y llevar adelante libremente el plan de vida que considere más atrayente. En otras palabras, que tengan derecho a tener derechos.

⁵⁰Convencion, C. I. (13 de Diciembre de 2006). ONU. Nueva York.

Capítulo 8: PROPUESTAS.

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad obliga a los Estados a desarrollar servicios comunitarios que sustituyan a la asistencia institucional mediante un proceso de “realización progresiva”. Esto requiere que los Estados tomen medidas utilizando al máximo sus recursos, con vistas a alcanzar progresivamente la plena realización de los derechos en cuestión.

Para esto, se expresa como propuesta la ejecución de microhogares o casas de medio camino de entre cinco y siete personas en donde la relación personal-residente sea menos jerarquizada y más afectiva. Donde cada residente pueda contar con efectos personales (ropa, elementos de su agrado y demás) que signifiquen símbolos de individualidad. Estos microhogares deben encontrarse insertos en la comunidad donde las personas albergadas puedan establecer contacto con la misma y ejercitar habilidades necesarias para la vida en comunidad que tenderán al desarrollo de la autonomía de éstos.

Es importante además, desde el Trabajo Social, el acompañamiento profesional, el apoyo a la familia, la prevención, la orientación, para intentar tratamientos de rehabilitación.

En este sentido, adquiere importancia el enfoque interdisciplinario y el trabajo en equipo como una forma de articulación que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades posibilita la construcción de un nuevo conocimiento.

Por otro lado, se debe capacitar al recurso humano para que reemplace las tradicionales medidas que tienden a ser más coercitivas, dándole importancia a las actividades que van más allá de la satisfacción de las necesidades básicas, como las actividades recreativas o de rehabilitación.

Por otra parte, los talleres protegidos, también son una alternativa para proporcionar inserción social a la persona con discapacidad ya que no comprende solo actividades laborales, sino además actividades culturales socializadoras que le permiten a la persona con discapacidad insertarse en la comunidad.

El taller también resulta ser una herramienta alternativa de expresión, de promoción en salud: talleres de títeres, huertas, cerámica, pintura, coro, revista, de expresión musical para lograr reconstruir lazos sociales perdidos, para elaborar conflictos, para desarrollar capacidades personales que permitan abordar tareas preventivas. La musicoterapia, la murga, la creación y el arte se proponen como recursos terapéuticos. Es importante crear dispositivos y espacios de enunciación para rescatar la subjetividad.

ANEXOS.

Anexo I

LEY 26.378 CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU PROTOCOLO FACULTATIVO

Aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006.

Sancionada: 21 de Mayo de 2008 Promulgada: 06 de Junio de 2008 Publicada en el Boletín Oficial: 09 de Junio de 2008

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º: Apruébase la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas A/ RES/ 61/ 106, el día 13 de diciembre de 2006. Ambos instrumentos jurídicos forman parte del presente como "Anexo 1" y "Anexo 2" respectivamente.

ARTICULO 2º: Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL OCHO.

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La Asamblea General, Recordando su resolución 56/168, de 19 de diciembre de 2001, por la que decidió establecer un comité especial, abierto a la participación de todos los Estados Miembros y observadores de las Naciones Unidas para que examinase las propuestas relativas a una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque holístico de la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los derechos humanos y la no discriminación y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos y de la Comisión de Desarrollo Social,

Recordando también sus resoluciones anteriores pertinentes, la última de las cuales es la resolución 60/232, de 23 de diciembre de 2005, así como las resoluciones pertinentes de la Comisión de Desarrollo Social y la Comisión de Derechos Humanos, Acogiendo con agrado las importantes contribuciones que han hecho las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y las instituciones nacionales de derechos humanos a la labor del Comité Especial

1. Expresa su reconocimiento al Comité Especial por haber concluido la elaboración de los proyectos de Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de Protocolo Facultativo de esa Convención;
2. Aprueba la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Protocolo Facultativo de la Convención que figuran en el anexo de la presente resolución, que estarán abiertos a la firma en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007;
3. Exhorta a los Estados a que consideren la posibilidad de firmar y ratificar la Convención y el Protocolo Facultativo como cuestión prioritaria y expresa la esperanza de que entren en vigor en breve;
4. Pide al Secretario General que proporcione el personal y las instalaciones necesarios para el eficaz cumplimiento de las funciones de la Conferencia de los Estados Partes y el Comité previstos en la Convención y el Protocolo Facultativo después de la entrada en vigor de la Convención, así como para la difusión de información sobre la Convención y el Protocolo Facultativo;
5. Pide también al Secretario General que aplique progresivamente normas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios del sistema de las Naciones Unidas, teniendo en cuenta las disposiciones pertinentes de la Convención, en particular cuando se hagan trabajos de renovación;
6. Pide a los organismos y organizaciones de las Naciones Unidas que tomen medidas para difundir información sobre la Convención y el Protocolo Facultativo y promover su

comprensión, e invita a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a que hagan otro tanto;

7. Pide al Secretario General que le presente, en su sexagésimo segundo período de sesiones, un informe relativo a la situación de la Convención y el Protocolo Facultativo y la aplicación de la presente resolución, en relación con el subtema titulado "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad". 76a sesión plenaria 13 de diciembre de 2006 **Anexo I**

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**Preámbulo**

Los Estados Partes en la presente Convención,

a) Recordando los principios de la Carta de las Naciones Unidas que proclaman que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

b) Reconociendo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole,

c) Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación,

d) Recordando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares,

e) Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás,

f) Reconociendo la importancia que revisten los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional destinados a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad,

- g) Destacando la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible,
- h) Reconociendo también que la discriminación contra cualquier persona por razón de su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y el valor inherentes del ser humano,
- i) Reconociendo además la diversidad de las personas con discapacidad,
- j) Reconociendo la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso,
- k) Observando con preocupación que, pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo,
- l) Reconociendo la importancia de la cooperación internacional para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en todos los países, en particular en los países en desarrollo,
- m) Reconociendo el valor de las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza,
- n) Reconociendo la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones,
- o) Considerando que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que les afectan directamente,
- p) Preocupados por la difícil situación en que se encuentran las personas con discapacidad que son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional, étnico, indígena o social, patrimonio, nacimiento, edad o cualquier otra condición,
- q) Reconociendo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación,
- r) Reconociendo también que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño,

s) Subrayando la necesidad de incorporar una perspectiva de género en todas las actividades destinadas a promover el pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad,

t) Destacando el hecho de que la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y reconociendo, a este respecto, la necesidad fundamental de mitigar los efectos negativos de la pobreza en las personas con discapacidad,

u) Teniendo presente que, para lograr la plena protección de las personas con discapacidad, en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera, es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y se respeten los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos,

v) Reconociendo la importancia de la accesibilidad al entorno físico, social, económico y cultural, a la salud y la educación y a la información y las comunicaciones, para que las personas con discapacidad puedan gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales,

w) Conscientes de que las personas, que tienen obligaciones respecto a otras personas y a la comunidad a la que pertenecen, tienen la responsabilidad de procurar, por todos los medios, que se promuevan y respeten los derechos reconocidos en la Carta Internacional de Derechos Humanos,

x) Convencidos de que la familia es la unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a recibir protección de ésta y del Estado, y de que las personas con discapacidad y sus familiares deben recibir la protección y la asistencia necesarias para que las familias puedan contribuir a que las personas con discapacidad gocen de sus derechos plenamente y en igualdad de condiciones,

Convencidos de que una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad contribuirá significativamente a paliar la profunda desventaja social de las personas con discapacidad y promoverá su participación, con igualdad de oportunidades, en los ámbitos civil, político, económico, social y cultural, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, Convienen en lo siguiente:

Artículo 1º - Propósito El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 2º - Definiciones A los fines de la presente Convención: La "comunicación" incluirá los lenguajes, la visualización de textos, el Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia de fácil acceso, así como el lenguaje escrito, los sistemas auditivos, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso; Por "lenguaje" se entenderá tanto el lenguaje oral como la lengua de señas y otras formas de comunicación no verbal; Por "discriminación por motivos de discapacidad" se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables; Por "ajustes razonables" se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales; Por "diseño universal" se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El "diseño universal" no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten.

Artículo 3º - Principios Generales Los principios de la presente Convención serán:

a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; b) La no discriminación; c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; e) La igualdad de oportunidades; f) La accesibilidad; g) La igualdad entre el hombre y la mujer; h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. **Artículo 4º** - Obligaciones Generales

1. Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin, los Estados Partes se comprometen a:

- a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;
- b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;
- c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;
- d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;
- e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona,

organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad; f) Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño, universal en la elaboración de normas y directrices; g) Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible; h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo; i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva, el pleno ejercicio de estos derechos, sin perjuicio de las obligaciones previstas en la presente Convención que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.

3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado. No se restringirán ni derogarán ninguno de los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos o existentes en los Estados Partes en la presente Convención de conformidad con la ley, las convenciones y los convenios, los reglamentos o la costumbre con el pretexto de que en la presente Convención no se reconocen esos derechos o libertades o se reconocen en menor medida.

5. Las disposiciones de la presente Convención se aplicarán a todas las partes de los Estados federales sin limitaciones ni excepciones.

Artículo 5º - Igualdad y No Discriminación

1. Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.
2. Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.
3. A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.
4. No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente Convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

Artículo 6º - Mujeres con Discapacidad

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

Artículo 7º - Niños y Niñas con Discapacidad

1. Los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.
2. En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.
3. Los Estados Partes garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión, que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

Artículo 8º - Toma de Conciencia

1. Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para: a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas; b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad,

en todos los ámbitos de la vida; c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad. 2. Las medidas a este fin incluyen: a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a: i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad; ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad;

iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral; b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad; c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente Convención; d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

Artículo 9º - Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a: a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo; b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia. 2. Los Estados Partes también adoptarán las medidas pertinentes para: a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público; b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad; c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad; d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión; e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público; f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información; g) Promover el acceso de las

personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet; h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

Artículo 10 - Derecho a la Vida

Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 11 - Situaciones de Riesgo y Emergencias Humanitarias

Los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

Artículo 12 - Igual Reconocimiento como Persona ante la Ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica:
4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a

préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

Artículo 13 - Acceso a la Justicia

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.

2. A fin de asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a la justicia, los Estados Partes promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario.

Artículo 14 - Libertad y Seguridad de la Persona

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona; b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Artículo 15 - Protección contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 16 - Protección contra la Explotación, la Violencia y el Abuso

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con

discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección, tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.

3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes. 4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados. Artículo 17 - Protección de la Integridad Personal Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 18 - Libertad de Desplazamiento y Nacionalidad

1. Los Estados Partes reconocerán el derecho de las personas con discapacidad a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en igualdad de condiciones con las demás, incluso asegurando que las personas con discapacidad: a) Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad y a no ser privadas de la suya de manera arbitraria o por motivos de discapacidad; b) No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento; c) Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el propio; d) No se vean privadas, arbitrariamente o por motivos de discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.

2. Los niños y las niñas con discapacidad serán inscritos inmediatamente después de su nacimiento y tendrán desde el nacimiento derecho a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser atendidos por ellos.

Artículo 19 - Derecho a Vivir de forma Independiente y a Ser Incluido en la Comunidad

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que: a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta; c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Artículo 20 - Movilidad Personal

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas para asegurar que las personas con discapacidad gocen de movilidad personal con la mayor independencia posible, entre ellas: a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible; b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible; c) Ofrecer a las personas, con discapacidad y al personal especializado que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad; d) Alentar a las entidades que fabrican ayudas para la movilidad, dispositivos y tecnologías de apoyo a que tengan en cuenta todos los aspectos de la movilidad de las personas con discapacidad.

Artículo 21 - Libertad de Expresión y de Opinión y Acceso a la Información

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida, la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, entre ellas: a) Facilitar las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad; b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y

formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales; c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso; d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad; e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

Artículo 22 - Respeto de la Privacidad

1. Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.

2. Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Artículo 23 - Respeto del Hogar y de la Familia

1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que: a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges; b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos; c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

2. Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional; en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño. Los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos.

3. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan los mismos derechos con respecto a la vida en familia. Para hacer efectivos estos derechos, y a fin de prevenir la ocultación, el abandono, la negligencia y la segregación de los niños y las

niñas con discapacidad, los Estados Partes velarán por que se proporcione con anticipación información, servicios y apoyo generales a los menores con discapacidad y a sus familias.

4. Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

5. Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar.

Artículo 24 - Educación 1.

Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a: a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana; b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas; c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que: a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad; b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan; c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales; d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva; e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.

3. Los Estados Partes brindarán a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad. A este fin, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes, entre ellas: a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares; b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas; c) Asegurar que la educación de las personas, y

en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordociegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.

4. A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad.

5. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

Artículo 25 - Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes: a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población; b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores; c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales; d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado; e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable; f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Artículo 26 - Habilitación y Rehabilitación

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas: a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona; b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación. 3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

Artículo 27 - Trabajo y Empleo

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas: a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables; b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos; c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás; d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua; e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo; f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias; g) Emplear a personas con

discapacidad en el sector público; h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas; i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo; j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto; k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio.

Artículo 28 - Nivel de Vida Adecuado y Protección Social

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas: a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad; b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza; c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados; d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública; e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

Artículo 29 - Participación en la Vida Política y Pública

Los Estados Partes garantizarán a las personas con discapacidad los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igualdad de condiciones con las demás y se comprometerán a: a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante: i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar; ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su

voto en secreto en elecciones y referéndums públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda; iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar; b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas: i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos; ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.

Artículo 30 - Participación en la Vida Cultural, las Actividades Recreativas, el Esparcimiento y el Deporte

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad: a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles; b) Tengan acceso a programas de televisión, películas, teatro y otras actividades culturales en formatos accesibles; c) Tengan acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.

2. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no sólo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.

3. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes, de conformidad con el derecho internacional, a fin de asegurar que las leyes de protección de los derechos de propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o discriminatoria para el acceso de las personas con discapacidad a materiales culturales.

4. Las personas con discapacidad tendrán derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de señas y la cultura de los sordos. 5. A fin de que las personas con discapacidad puedan participar en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para: a) Alentar y promover la participación, en la mayor medida posible, de las personas con discapacidad en las actividades deportivas generales a todos los niveles; b) Asegurar que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de organizar y desarrollar actividades deportivas y recreativas específicas para dichas personas y de participar en dichas

actividades y, a ese fin, alentar a que se les ofrezca, en igualdad de condiciones con las demás, instrucción, formación y recursos adecuados; c) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas; d) Asegurar que los niños y las niñas con discapacidad tengan igual acceso con los demás niños y niñas a la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro del sistema escolar; e) Asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.

Artículo 31 - Recopilación de Datos y Estadísticas

1. Los Estados Partes recopilarán información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permita formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a la presente Convención. En el proceso de recopilación y mantenimiento de esta información se deberá: a) Respetar las garantías legales establecidas, incluida la legislación sobre protección de datos, a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las personas con discapacidad; b) Cumplir las normas aceptadas internacionalmente para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como los principios éticos en la recopilación y el uso de estadísticas.

2. La información recopilada de conformidad con el presente artículo se desglosará, en su caso, y se utilizará como ayuda para evaluar el cumplimiento por los Estados Partes de sus obligaciones conforme a la presente Convención, así como para identificar y eliminar las barreras con que se enfrentan las personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos. 3. Los Estados Partes asumirán la responsabilidad de difundir estas estadísticas y asegurar que sean accesibles para las personas con discapacidad y otras personas.

Artículo 32 - Cooperación Internacional

1. Los Estados Partes reconocen la importancia de la cooperación internacional y su promoción, en apoyo de los esfuerzos nacionales para hacer efectivos el propósito y los objetivos de la presente Convención, y tomarán las medidas pertinentes y efectivas a este respecto, entre los Estados y, cuando corresponda, en asociación con las organizaciones internacionales y regionales pertinentes y la sociedad civil, en particular organizaciones de personas con discapacidad. Entre esas medidas cabría incluir: a) Velar por que la cooperación internacional, incluidos los programas de desarrollo internacionales, sea inclusiva y accesible para las personas con discapacidad; b) Facilitar y apoyar el fomento de la capacidad, incluso mediante el intercambio y la distribución de información, experiencias, programas de formación y prácticas recomendadas; c) Facilitar la cooperación en la investigación y el acceso a conocimientos científicos y técnicos; d) Proporcionar, según corresponda, asistencia apropiada, técnica y económica, incluso facilitando el acceso a tecnologías accesibles y de asistencia y compartiendo esas tecnologías, y mediante su transferencia.

2. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que incumban a cada Estado Parte en virtud de la presente Convención.

Artículo 33 - Aplicación y Seguimiento Nacionales

1. Los Estados Partes, de conformidad con su sistema organizativo, designarán uno o más organismos gubernamentales encargados de las cuestiones relativas a la aplicación de la presente Convención y considerarán detenidamente la posibilidad de establecer o designar un mecanismo de coordinación para facilitar la adopción de medidas al respecto en diferentes sectores y a diferentes niveles.
2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención. Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción, de los derechos humanos.
3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento.

Artículo 34 - Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

1. Se creará un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, "el Comité") que desempeñará las funciones que se enuncian a continuación.
2. El Comité constará, en el momento en que entre en vigor la presente Convención, de 12 expertos. Cuando la Convención obtenga otras 60 ratificaciones o adhesiones, la composición del Comité se incrementará en seis miembros más, con lo que alcanzará un máximo de 18 miembros.
3. Los miembros del Comité desempeñarán sus funciones a título personal y serán personas de gran integridad moral y reconocida competencia y experiencia en los temas a que se refiere la presente Convención. Se invita a los Estados Partes a que, cuando designen a sus candidatos, tomen debidamente en consideración la disposición que se enuncia en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.
4. Los miembros del Comité serán elegidos por los Estados Partes, que tomarán en consideración una distribución geográfica equitativa, la representación de las diferentes formas de civilización y los principales ordenamientos jurídicos, una representación de género equilibrada y la participación de expertos con discapacidad.
5. Los miembros del Comité se elegirán mediante voto secreto de una lista de personas designadas por los Estados Partes de entre sus nacionales en reuniones de la Conferencia de los Estados Partes. En estas reuniones, e las que dos tercios de los Estados Partes constituirán quórum, las personas elegidas para el Comité serán las que obtengan el mayor número de votos y una mayoría absoluta de votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.

6. La elección inicial se celebrará antes de que transcurran seis meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la presente Convención. Por lo menos cuatro meses antes de la fecha de cada elección, el Secretario General de las Naciones Unidas dirigirá una carta a los Estados Partes invitándolos a que presenten sus candidatos en un plazo de dos meses. El Secretario General preparará después una lista en la que figurarán, por orden alfabético, todas las personas así propuestas, con indicación de los Estados Partes que las hayan propuesto, y la comunicará a los Estados Partes en la presente Convención.

7. Los miembros del Comité se elegirán por un período de cuatro años. Podrán ser reelegidos si se presenta de nuevo su candidatura. Sin embargo, el mandato de seis de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección, los nombres de esos seis miembros serán sacados a suerte por el presidente de la reunión a que se hace referencia en el párrafo 5 del presente artículo.

8. La elección de los otros seis miembros del Comité se hará con ocasión de las elecciones ordinarias, de conformidad con las disposiciones pertinentes del presente artículo.

9. Si un miembro del Comité fallece, renuncia o declara que, por alguna otra causa, no puede seguir desempeñando sus funciones, el Estado Parte que lo propuso designará otro experto que posea las cualificaciones y reúna los requisitos previstos en las disposiciones pertinentes del presente artículo para ocupar el puesto durante el resto del mandato.

10. El Comité adoptará su propio reglamento.

11. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y las instalaciones que sean necesarios para el efectivo desempeño de las funciones del Comité con arreglo a la presente Convención y convocará su reunión inicial.

12. Con la aprobación de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los miembros del Comité establecido en virtud de la presente Convención percibirán emolumentos con cargo a los recursos de las Naciones Unidas en los términos y condiciones que la Asamblea General decida, tomando en consideración la importancia de las responsabilidades del Comité. 13. Los miembros del Comité tendrán derecho a las facilidades, prerrogativas e inmunidades que se conceden a los expertos que realizan misiones para las Naciones Unidas, con arreglo a lo dispuesto en las secciones pertinentes de la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas.

Artículo 35 - Informes Presentados por los Estados Partes

1. Los Estados Partes presentarán al Comité, por conducto del Secretario General de las Naciones Unidas, un informe exhaustivo sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la presente Convención y sobre los progresos realizados al respecto en el plazo de dos años contado a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el Estado Parte de que se trate.

2. Posteriormente, los Estados Partes presentarán informes ulteriores al menos cada cuatro años y en las demás ocasiones en que el Comité se lo solicite.

3. El Comité decidirá las directrices aplicables al contenido de los informes.

4. El Estado Parte que haya presentado un informe inicial exhaustivo al Comité no tendrá que repetir, en sus informes ulteriores, la información previamente facilitada. Se invita a los Estados Partes a que, cuando preparen informes para el Comité, lo hagan mediante un procedimiento abierto y transparente y tengan en cuenta debidamente lo dispuesto en el párrafo 3 del artículo 4 de la presente Convención.

5. En los informes se podrán indicar factores y dificultades que afecten al grado de cumplimiento de las obligaciones contraídas en virtud de la presente Convención.

Artículo 36 - Consideración de los Informes

1. El Comité considerará todos los informes, hará las sugerencias y las recomendaciones que estime oportunas respecto a ellos y se las remitirá al Estado Parte de que se trate. Este podrá responder enviando al Comité cualquier información que desee. El Comité podrá solicitar a los Estados Partes más información con respecto a la aplicación de la presente Convención.

2. Cuando un Estado Parte se haya demorado considerablemente en la presentación de un informe, el Comité podrá notificarle la necesidad de examinar la aplicación de la presente Convención en dicho Estado Parte, sobre la base de información fiable que se ponga a disposición del Comité, en caso de que el informe pertinente no se presente en un plazo de tres meses desde la notificación. El Comité invitará al Estado Parte interesado a participar en dicho examen. Si el Estado Parte respondiera presentando el informe pertinente, se aplicará lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo.

3. El Secretario General de las Naciones Unidas pondrá los informes a disposición de todos los Estados Partes.

4. Los Estados Partes darán amplia difusión pública a sus informes en sus propios países y facilitarán el acceso a las sugerencias y recomendaciones generales sobre esos informes. 5. El Comité transmitirá, según estime apropiado, a los organismos especializados, los fondos y los programas de las Naciones Unidas, así como a otros órganos competentes, los informes de los Estados Partes, a fin de atender una solicitud o una indicación de necesidad de asesoramiento técnico o asistencia que figure en ellos, junto con las observaciones y recomendaciones del Comité, si las hubiera, sobre esas solicitudes o indicaciones.

Artículo 37 - Cooperación entre los Estados Partes y el Comité

1. Los Estados Partes cooperarán con el Comité y ayudarán a sus miembros a cumplir su mandato. 2. En su relación con los Estados Partes, el Comité tomará debidamente en consideración medios y arbitrios para mejorar la capacidad nacional de aplicación de la presente Convención, incluso mediante la cooperación internacional.

Artículo 38 - Relación del Comité con otros Órganos

A fin de fomentar la aplicación efectiva de la presente Convención y de estimular la cooperación internacional en el ámbito que abarca: a) Los organismos especializados y demás órganos de las Naciones Unidas tendrán derecho a estar representados en el examen de la aplicación de las disposiciones de la presente Convención que entren dentro de su mandato. El Comité podrá invitar también a los organismos especializados y a otros órganos competentes que considere apropiados a que proporcionen asesoramiento especializado sobre la aplicación de la Convención en los ámbitos que entren dentro de sus respectivos mandatos. El Comité podrá invitar a los organismos especializados y a otros órganos de las Naciones Unidas a que presenten informes sobre la aplicación de la Convención en las esferas que entren dentro de su ámbito de actividades; b) Al ejercer su mandato, el Comité consultará, según proceda, con otros órganos pertinentes instituidos en virtud de tratados internacionales de derechos humanos, con miras a garantizar la coherencia de sus respectivas directrices de presentación de informes, sugerencias y recomendaciones generales y a evitar la duplicación y la superposición de tareas en el ejercicio de sus funciones.

Artículo 39 - Informe del Comité

El Comité informará cada dos años a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social sobre sus actividades y podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y datos recibidos de los Estados Partes en la Convención. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité, junto con los comentarios, si los hubiera, de los Estados Partes.

Artículo 40 - Conferencia de los Estados Partes

1. Los Estados Partes se reunirán periódicamente en una Conferencia de los Estados Partes, a fin de considerar todo asunto relativo a la aplicación de la presente Convención.
2. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará la Conferencia de los Estados Partes en un plazo que no superará los seis meses contados a partir de la entrada en vigor de la presente Convención. Las reuniones ulteriores, con periodicidad bienal o cuando lo decida la Conferencia de los Estados Partes, serán convocadas por el Secretario General.

Artículo 41 - Depositario

El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario de la presente Convención.

Artículo 42 - Firma

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

Artículo 43 - Consentimiento en Obligarse

La presente Convención estará sujeta a la ratificación de los Estados signatarios y a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias. Estará

abierta a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que no la haya firmado.

Artículo 44 - Organizaciones Regionales de Integración

1. Por "organización regional de integración" se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la presente Convención. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por la presente Convención. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.

2. Las referencias a los "Estados Partes" con arreglo a la presente Convención serán aplicables a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.

3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 45 y en los párrafos 2 y 3 del artículo 47 de la presente Convención, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración. 4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la Conferencia de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en la presente Convención. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

Artículo 45 - Entrada en Vigor

1. La presente Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión.

2. Para cada Estado y organización regional de integración que ratifique la Convención, se adhiera a ella o la confirme oficialmente una vez que haya sido depositado el vigésimo instrumento a sus efectos, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

Artículo 46 - Reservas 1.

No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito de la presente Convención. 2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

Artículo 47 - Enmiendas

1. Los Estados Partes podrán proponer enmiendas a la presente Convención y presentarlas al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará las enmiendas propuestas a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una

conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a los Estados Partes para su aceptación. 2. Toda enmienda adoptada y aprobada conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que había en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, la enmienda entrará en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubiera depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado. 3. En caso de que así lo decida la Conferencia de los Estados Partes por consenso, las enmiendas adoptadas y aprobadas de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo que guarden relación exclusivamente con los artículos 34, 38, 39 y 40 entrarán en vigor para todos los Estados Partes el trigésimo día a partir de aquel en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda.

Artículo 48 - Denuncia

Los Estados Partes podrán denunciar la presente Convención mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

Artículo 49 - Formato Accesible

El texto de la presente Convención se difundirá en formatos accesibles. Artículo 50 - Textos Auténticos Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso de la presente Convención serán igualmente auténticos. EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman la presente Convención.

Anexo II

PROTOCOLO FACULTATIVO DE LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Los Estados Partes en el presente Protocolo acuerdan lo siguiente:

Artículo 1

1. Todo Estado Parte en el presente Protocolo ("Estado Parte") reconoce la competencia del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ("el Comité") para recibir y considerar las comunicaciones presentadas por personas o grupos de personas sujetos a su jurisdicción que aleguen ser víctimas de una violación por ese Estado Parte de cualquiera de las disposiciones de la Convención, o en nombre de esas personas o grupos de personas.

2. El Comité no recibirá comunicación alguna que concierna a un Estado Parte en la Convención que no sea parte en el presente Protocolo.

Artículo 2

El Comité considerará inadmisibile una comunicación cuando: a) Sea anónima; b) Constituya un abuso del derecho a presentar una comunicación o sea incompatible con las disposiciones de la Convención; c) Se refiera a una cuestión que ya haya sido examinada por el Comité o ya haya sido o esté siendo examinada de conformidad con otro procedimiento de investigación o arreglo internacionales; d) No se hayan agotado todos los recursos internos disponibles, salvo que la tramitación de esos recursos se prolongue injustificadamente o sea improbable que con ellos se logre un remedio efectivo; e) Sea manifiestamente infundada o esté insuficientemente sustanciada; o f) Los hechos objeto de la comunicación hubieran sucedido antes de la fecha de entrada en vigor del presente Protocolo para el Estado Parte interesado, salvo que esos hechos continuasen produciéndose después de esa fecha.

Artículo 3 Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2 del presente Protocolo, el Comité pondrá en conocimiento del Estado Parte, de forma confidencial, toda comunicación que reciba con arreglo al presente Protocolo. En un plazo de seis meses, ese Estado Parte presentará al Comité por escrito explicaciones o declaraciones en las que se aclare la cuestión y se indiquen las medidas correctivas que hubiere adoptado el Estado Parte, de haberlas.

Artículo 4

1. Tras haber recibido una comunicación y antes de llegar a una conclusión sobre el fondo de ésta, el Comité podrá remitir en cualquier momento al Estado Parte interesado, a los fines de su examen urgente, una solicitud para que adopte las medidas provisionales necesarias a fin de evitar posibles daños irreparables a la víctima o las víctimas de la supuesta violación. 2. El ejercicio por el Comité de sus facultades discrecionales en virtud del párrafo 1 del presente artículo, no implicará juicio alguno sobre la admisibilidad o sobre el fondo de la comunicación.

Artículo 5 El Comité examinará en sesiones privadas las comunicaciones que reciba en virtud del presente Protocolo. Tras examinar una comunicación, el Comité hará llegar sus sugerencias y recomendaciones, si las hubiere, al Estado Parte interesado y al comunicante.

Artículo 6

1. Si el Comité recibe información fidedigna que revele violaciones graves o sistemáticas por un Estado Parte de los derechos recogidos en la Convención, el Comité invitará a ese Estado Parte a colaborar en el examen de la información y, a esos efectos, a presentar observaciones sobre dicha información.

2. Tomando en consideración las observaciones que haya presentado el Estado Parte interesado, así como toda información fidedigna que esté a su disposición, el Comité podrá encargar a uno o más de sus miembros que lleven a cabo una investigación y presenten, con carácter urgente, un informe al Comité. Cuando se justifique y con el consentimiento del

Estado Parte, la investigación podrá incluir una visita a su territorio. 3. Tras examinar las conclusiones de la investigación, el Comité las transmitirá al Estado Parte interesado, junto con las observaciones y recomendaciones que estime oportunas. 4. En un plazo de seis meses después de recibir las conclusiones de la investigación y las observaciones y recomendaciones que le transmita el Comité, el Estado Parte interesado presentará sus propias observaciones al Comité. 5. La investigación será de carácter confidencial y en todas sus etapas se solicitará la colaboración del Estado Parte.

Artículo 7

1. El Comité podrá invitar al Estado Parte interesado a que incluya en el informe que ha de presentar con arreglo al artículo 35 de la Convención pormenores sobre cualesquiera medidas que hubiere adoptado en respuesta a una investigación efectuada con arreglo al artículo 6 del presente Protocolo.

2. Transcurrido el período de seis meses indicado en el párrafo 4 del artículo 6, el Comité podrá, si fuera necesario, invitar al Estado Parte interesado a que le informe sobre cualquier medida adoptada como resultado de la investigación. Artículo 8 Todo Estado Parte podrá, al momento de la firma o ratificación del presente Protocolo, o de la adhesión a él, declarar que no reconoce la competencia del Comité establecida en los artículos 6 y 7.

Artículo 9 El Secretario General de las Naciones Unidas será el depositario del presente Protocolo.

Artículo 10 El presente Protocolo estará abierto a la firma de todos los Estados y las organizaciones regionales de integración signatarios de la Convención en la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, a partir del 30 de marzo de 2007.

Artículo 11 El presente Protocolo estará sujeto a la ratificación de los Estados signatarios del presente Protocolo que hayan ratificado la Convención o se hayan adherido a ella. Estará sujeto a la confirmación oficial de las organizaciones regionales de integración signatarias del presente Protocolo que hayan confirmado oficialmente la Convención o se hayan adherido a ella. Estará abierto a la adhesión de cualquier Estado u organización regional de integración que haya ratificado la Convención, la haya confirmado oficialmente o se haya adherido a ella y que no haya firmado el presente Protocolo.

Artículo 12

1. Por "organización regional de integración" se entenderá una organización constituida por Estados soberanos de una región determinada a la que sus Estados miembros hayan transferido competencia respecto de las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Esas organizaciones declararán, en sus instrumentos de confirmación oficial o adhesión, su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por la Convención y el presente Protocolo. Posteriormente, informarán al depositario de toda modificación sustancial de su grado de competencia.

2. Las referencias a los "Estados Partes" con arreglo al presente Protocolo se aplicarán a esas organizaciones dentro de los límites de su competencia.
3. A los efectos de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 13 y en el párrafo 2 del artículo 15 del presente Protocolo, no se tendrá en cuenta ningún instrumento depositado por una organización regional de integración.
4. Las organizaciones regionales de integración, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto en la reunión de los Estados Partes, con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en el presente Protocolo. Dichas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si sus Estados miembros ejercen el suyo, y viceversa.

Artículo 13

1. Con sujeción a la entrada en vigor de la Convención, el presente Protocolo entrará en vigor el trigésimo día después de que se haya depositado el décimo instrumento de ratificación o adhesión.
2. Para cada Estado u organización regional de integración que ratifique el Protocolo, lo confirme oficialmente o se adhiera a él una vez que haya sido depositado el décimo instrumento a sus efectos, el Protocolo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido depositado su propio instrumento.

Artículo 14

1. No se permitirán reservas incompatibles con el objeto y el propósito del presente Protocolo.
2. Las reservas podrán ser retiradas en cualquier momento.

Artículo 15

1. Todo Estado Parte podrá proponer una enmienda al presente Protocolo y presentarla al Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará la enmienda propuesta a los Estados Partes, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar la propuesta y someterla a votación. Si dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha de esa notificación, al menos un tercio de los Estados Partes se declara a favor de tal convocatoria, el Secretario General convocará una conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas para su aprobación y posteriormente a todos los Estados Partes para su aceptación.
2. Las enmiendas adoptadas y aprobadas conforme a lo dispuesto en el párrafo 1 del presente artículo entrarán en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que el número de instrumentos de aceptación depositados alcance los dos tercios del número de Estados Partes que hubiera en la fecha de adopción de la enmienda. Posteriormente, las enmiendas entrarán

en vigor para todo Estado Parte el trigésimo día a partir de aquel en que hubieran depositado su propio instrumento de aceptación. Las enmiendas serán vinculantes exclusivamente para los Estados Partes que las hayan aceptado.

Artículo 16 Los Estados Partes podrán denunciar el presente Protocolo mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas. La denuncia tendrá efecto un año después de que el Secretario General haya recibido la notificación.

Artículo 17 El texto del presente Protocolo se difundirá en formatos accesibles.

Artículo 18 Los textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso del presente Protocolo serán igualmente auténticos. EN TESTIMONIO DE LO CUAL, los plenipotenciarios abajo firmantes, debidamente autorizados por sus respectivos gobiernos, firman el presente Protocolo

ANEXO II

Ley 22431 (Actualizada por leyes 25635, 25634, 25504, 24901, 24314, 24308, 23876, 23021)

INSTITUCION DEL SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS.

En uso de las atribuciones conferidas por el artículo 5 del estatuto para el Proceso de Reorganización Nacional, EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA SANCIONA Y PROMULGA CON FUERZA DE LEY:

TITULO I

NORMAS GENERALES

CAPITULO I

OBJETIVO, CONCEPTO Y CALIFICACION DE LA DISCAPACIDAD

ARTICULO 1º: Institúyese por la presente Ley, un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a éstas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

ARTICULO 2º: A los efectos de esta Ley, se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

ARTICULO 3º: (Texto según ley 25504) - El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. El certificado que se expida se denominará Certificado Único de Discapacidad y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente ley. Idéntica validez en cuanto a sus efectos tendrán los certificados emitidos por las provincias adheridas a la Ley 24.901, previo cumplimiento de los requisitos y condiciones que se establezcan por reglamentación.

CAPITULO II

SERVICIOS DE ASISTENCIA, PREVENCION, ORGANO RECTOR

ARTICULO 4º: (Párrafo según ley 24901) El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios:

- a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada.
- b) Formación laboral o profesional.
- c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual.
- d) Regímenes diferenciales de seguridad social.

e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común.

f) Orientación o promoción individual, familiar y social.

ARTICULO 5°: (Expresión sustituida según ley 25635) Asígnanse al Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación las siguientes funciones:

a) Actuar de oficio para lograr el pleno cumplimiento de las medidas establecidas en la presente Ley.

b) Reunir toda la información sobre problemas y situaciones que plantea la discapacidad.

c) Desarrollar planes estatales en la materia y dirigir la investigación en el área de la discapacidad.

d) Prestar asistencia técnica y financiera a las provincias.

e) Realizar estadísticas que no lleven a cabo otros organismos estatales.

f) Apoyar y coordinar la actividad de las entidades privadas sin fines de lucro que orienten sus acciones en favor de las personas discapacitadas.

g) Proponer medidas adicionales a las establecidas en la presente Ley, que tiendan a mejorar la situación de las personas discapacitadas, y a prevenir las discapacidades y sus consecuencias.

h) Estimular a través de los medios de comunicación el uso efectivo de los recursos y servicios existentes, así como propender al desarrollo del sentido de solidaridad social en esta materia.

Nota: expresión sustituida: Ministerio de Bienestar Social de la Nación” por “Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación”.

TITULO II

NORMAS ESPECIALES

CAPITULO I

SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL

ARTICULO 6°: (Expresión sustituida según ley 25635) El Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación pondrán en ejecución programas a través de los cuales se habiliten, en los hospitales de sus jurisdicciones, de acuerdo a su grado de complejidad y al ámbito territorial a cubrir, servicios especiales destinados a las personas discapacitadas. Promoverán también la creación de talleres protegidos y terapéuticos y tendrán a su cargo su habilitación, registro y supervisión.

Nota: expresión sustituida: Ministerio de Bienestar Social de la Nación” por “Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación”.

Nota expresión: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires: suprimida

ARTICULO 7°: (Expresión sustituida según ley 25635) El Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación apoyará la creación de hogares con internación total o parcial para personas discapacitadas cuya atención sea dificultosa a través del grupo familiar. Reservándose en todos los casos la facultad de reglamentar y fiscalizar su funcionamiento. Serán tenidas especialmente en cuenta, para prestar ese apoyo, las actividades de la entidades privadas sin fines de lucro.

Nota: expresión sustituida: Ministerio de Bienestar Social de la Nación” por “Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación”.

CAPITULO II

TRABAJO Y EDUCACION

ARTICULO 8°: El Estado Nacional, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado, están obligados a ocupar personas discapacitadas que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al CUATRO por ciento (4%) de la totalidad de su personal.

Nota expresión: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires: suprimida

ARTICULO 9°: (Expresión sustituida según ley 25635) El desempeño de determinada tarea por parte de personas discapacitadas deberá ser autorizado y fiscalizado por el Ministerio de Trabajo teniendo en cuenta la indicación efectuada por la Ministerio de Salud de la Nación, dispuesta en el artículo 3.

Dicho Ministerio fiscalizará además lo dispuesto en el artículo 8.

Nota: expresión sustituida: Secretaría de Estado de Salud Pública” por “Ministerio de Salud de la Nación”.

ARTICULO 10°: Las personas discapacitadas que se desempeñen en los entes indicados en el artículo 8, gozarán de los mismos derechos y estarán sujetas a las mismas obligaciones que la legislación laboral aplicable prevé para el trabajador normal.

ARTICULO 11°: (Texto según ley 24308) EL Estado Nacional, los entes descentralizados y autárquicos, las empresas mixtas y del Estado están obligados a otorgar en concesión, a personas con discapacidad, espacios para pequeños comercios en toda sede administrativa. Se incorporarán a este régimen las empresas privadas que brinden servicios públicos. Será nula de nulidad absoluta la concesión adjudicada sin respetar la obligatoriedad establecida en el presente artículo.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de oficio o a petición de parte, requerirá la revocación por ilegítima, de tal concesión.

Nota expresión: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires: suprimida

ARTICULO 12°: El Ministerio de Trabajo apoyará la creación de talleres protegidos de producción y tendrá a su cargo su habilitación, registro y supervisión. Apoyará también la labor de las personas discapacitadas a través del régimen de trabajo a domicilio.

El citado Ministerio propondrá al Poder Ejecutivo Nacional el régimen laboral al que habrá de subordinarse la labor en los talleres protegidos de producción.

ARTICULO 13°: (Expresión sustituida según ley 25635) El Ministerio de Educación de la Nación. Tendrá a su cargo:

- a) Orientar las derivaciones y controlar los tratamientos de los educandos discapacitados, en todos los grados educacionales, especiales, oficiales o privados, en cuanto dichas acciones se vinculen con la escolarización de los discapacitados, tendiendo a su integración al sistema educativo.
- b) Dictar las normas de ingreso y egreso a establecimientos educacionales para personas discapacitadas, las cuales se extenderán desde la detección de los déficits hasta los casos de discapacidad profunda, aún cuando ésta no encuadre en el régimen de la escuelas de educación especial.
- c) Crear centros de valuación y orientación vocacional para los educandos discapacitados.
- d) Coordinar con las autoridades competentes las derivaciones de los educandos discapacitados a tareas competitivas o a talleres protegidos.
- e) Formar personal docente y profesionales especializados para todos los grados educacionales de los discapacitados, promoviendo los recursos humanos necesarios para la ejecución de los programas de asistencia, docencia e investigación en materia de rehabilitación.

Nota: expresión sustituida: “Ministerio de Cultura y Educación” por “Ministerio de Educación de la Nación”.

CAPITULO III

SEGURIDAD SOCIAL

ARTICULO 14°: En materia de seguridad social se aplicarán a las personas discapacitadas las normas generales o especiales previstas en los respectivos regímenes y en las Leyes 20.475 y 20.888.

ARTICULO 15°: Intercálase en el art. 9° de la ley 22269, como 3° párrafo el siguiente: Inclúyense dentro del concepto de prestaciones médico-asistenciales básicas, las que requieran la rehabilitación de las personas discapacitadas con el alcance que la reglamentación establezca.

ARTICULO 16°: Agrégase a la ley 18017 (T.O. 1974), como art. 14bis, el siguiente: Art.14 bis: El monto de las asignaciones por escolaridad primaria, media y superior, y de ayuda escolar, se duplicará cuando el hijo a cargo del trabajador, de cualquier edad, fuere discapacitado y concurriese a establecimiento oficial, o privado controlado por autoridad competente, donde se imparta educación común o especial.

A los efectos de esta ley, la concurrencia regular del hijo discapacitado a cargo del trabajador, a establecimiento oficial, o privado controlado por autoridad competente, en el que se presten servicios de rehabilitación exclusivamente, será considerada como concurrencia regular a establecimiento en que se imparta enseñanza primaria.

ARTICULO 17°: Modifícase la ley 18.037 (T.O. 1976), en la forma que a continuación se indica:

1. Agrégase al art. 15, como último párrafo el siguiente: La autoridad de aplicación, previa consulta a los organismos competentes establecerá el tiempo mínimo de trabajo efectivo anual que debe realizar el afiliado discapacitado para computar un (1) año.

2. Intercálase en el art. 65, como 2° párr. el siguiente:

Percibirá la jubilación por invalidez hasta el importe de la compatibilidad que el Poder Ejecutivo de acuerdo con el inc. b) del art. anterior, el beneficiario que reingrese a la actividad en relación de dependencia por haberse rehabilitado profesionalmente. Esta última circunstancia deberá acreditarse mediante certificado expedido por el órgano competente para ello.

ARTICULO 18°: Intercálase en el art. 47 de la ley 18038 (T.O. 1980), como 2° párrafo el siguiente:

Percibirá la jubilación por invalidez hasta el importe de la compatibilidad que el Poder Ejecutivo fije de acuerdo con el inc. e) del art. anterior, el beneficiario que reingresare a la actividad en relación de dependencia por haberse rehabilitado profesionalmente. Esta última

circunstancia deberá acreditarse mediante certificado expedido por el órgano competente para ello.

ARTICULO 19°: En materia de jubilaciones y pensiones, la discapacidad se acreditará con arreglo a lo dispuesto en los artículos 33 y 35 de la Ley 18.037 (T.O. 1976 y 23 de la Ley 18.038 (T.O. 1980).

(Capítulo sustituido por ley 24314) CAPITULO IV Accesibilidad al medio físico.

(Capítulo original) CAPITULO IV Transporte y arquitectura diferenciada.

ARTICULO 20°: (Texto según ley 24314) Establécese la prioridad de supresión de barreras físicas en los ámbitos urbanos, arquitectónicos y de transporte que se realicen o en los existentes que remodelen o sustituyan en forma total o parcial sus elementos constitutivos, con el fin de lograr la accesibilidad para las personas con movilidad reducida, y mediante la aplicación de las normas contenidas en el presente capítulo.

A los fines de la presente ley, entiéndese por accesibilidad la posibilidad de las personas con movilidad reducida de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía como elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin restricciones derivadas del ámbito físico urbano, arquitectónico o del transporte, para su integración y equiparación de oportunidades.

Entiéndese por barreras físicas urbanas las existentes en las vías y espacios libres públicos, a cuya supresión se tenderá por el cumplimiento de los siguientes criterios:

a) Itinerarios peatonales: contemplarán una anchura mínima en todo su recorrido que permita el paso de dos personas, una de ellas en silla de ruedas.

Los pisos serán antideslizantes, sin resaltos ni aberturas que permitan el tropiezo de personas con bastones o sillas de ruedas. Los desniveles de todo tipo tendrán un diseño y grado de inclinación que permita la transitabilidad, utilización y seguridad de las personas con movilidad reducida;

b) Escaleras y rampas: las escaleras deberán ser de escalones cuya dimensión vertical y horizontal facilite su utilización por personas con movilidad reducida, y estarán dotadas de pasamanos. Las rampas tendrán características señaladas para los desniveles en el apartado a);

c) Parques, jardines, plazas y espacios libres: deberán observar en sus itinerarios peatonales las normas establecidas para los mismos en el apartado a). Los baños públicos deberán ser accesibles y utilizables por personas de movilidad reducida;

d) Estacionamientos: tendrán zonas reservadas y señalizadas para vehículos que transporten personas con movilidad reducida, cercanas a los accesos peatonales;

e) Señales verticales y elementos urbanos varios: las señales de tráfico, semáforos, postes de iluminación y cualquier otro elemento vertical de señalización o de mobiliario urbano se

dispondrán de forma que no constituyan obstáculos para los no videntes y para las personas que se desplacen en silla de ruedas;

f) Obras en la vía pública: Estarán señalizadas y protegidas por vallas estables y continuas y luces rojas permanentes, disponiendo los elementos de manera que los no videntes puedan detectar a tiempo la existencia del obstáculo. En las obras que reduzcan la sección transversal de la acera se deberá construir un itinerario peatonal alternativo con las características señaladas en el apartado a).

ARTICULO 21º: (Texto según ley 24314) Entiéndese por barreras arquitectónicas las existentes en los edificios de uso público, sea su propiedad pública o privada, y en los edificios de vivienda; a cuya supresión se tenderá por la observancia de los criterios contenidos en el presente artículo.

Entiéndese por adaptabilidad, la posibilidad de modificar en el tiempo el medio físico, con el fin de hacerlo completa y fácilmente accesible a las personas con movilidad reducida.

Entiéndese por practicabilidad, la adaptación limitada a condiciones mínimas de los ámbitos físicos para ser utilizados por las personas con movilidad reducida.

Entiéndese por visitabilidad, la accesibilidad estrictamente limitada al ingreso y uso de los espacios comunes y un local sanitario, que permita la vida en relación de las personas con movilidad reducida:

a) Edificios de uso público: deberán observar en general la accesibilidad y posibilidad de uso en todas sus partes por personas de movilidad reducida; y en particular la existencia de estacionamientos reservados y señalizados para vehículos que transporten a dichas personas, cercanos a los accesos peatonales; por lo menos un acceso al interior del edificio desprovisto de barreras arquitectónicas; espacios de circulación horizontal que permitan el desplazamiento y maniobra de dichas personas, al igual que comunicación vertical accesible y utilizable por las mismas, mediante elementos constructivos o mecánicos; y servicios sanitarios adaptados. Los edificios destinados a espectáculos deberán tener zonas reservadas, señalizadas y adaptadas al uso por personas con sillas de ruedas. Los edificios en que se garanticen plenamente las condiciones de accesibilidad ostentarán en su exterior un símbolo indicativo de tal hecho. Las áreas sin acceso de público o las correspondientes a edificios industriales y comerciales tendrán los grados de adaptabilidad necesarios para permitir el empleo de personas con movilidad reducida.

b) Edificios de viviendas: las viviendas colectivas con ascensor deberán contar con un itinerario practicable por las personas con movilidad reducida, que una la edificación con la vía pública y con las dependencias de uso común. Asimismo, deberán observar en su diseño y ejecución o en su remodelación, la adaptabilidad a las personas con movilidad reducida, en los términos y grados que establezca la reglamentación.

En materia de diseño y ejecución o remodelación de viviendas individuales, los códigos de edificación han de observar las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

En las viviendas colectivas existentes a la fecha de sanción de la presente ley, deberán desarrollarse condiciones de adaptabilidad y practicabilidad en los grados y plazos que establezca la reglamentación.

ARTICULO 22°: (Texto según ley 24314) Entiéndese por barreras en los transportes, aquellas existentes en el acceso y utilización de los medios de transporte público terrestres, aéreos y acuáticos de corta, media y larga distancia, y aquellas que dificulten el uso de medios propios de transporte por las personas con movilidad reducida; a cuya supresión se tenderá por observancia de los siguientes criterios:

a) Vehículos de transporte público: tendrán dos asientos reservados, señalizados y cercanos a la puerta por cada coche, para personas con movilidad reducida. Dichas personas estarán autorizadas para descender por cualquiera de las puertas. Los coches contarán con piso antideslizante y espacio para ubicación de bastones, muletas, sillas de ruedas y otros elementos de utilización por tales personas. En los transportes aéreos deberá privilegiarse la asignación de ubicaciones próximas a los accesos para pasajeros con movilidad reducida.

(Párrafo vigente según ley 25635) Las empresas de transporte colectivo terrestre sometidas al contralor de autoridad nacional deberán transportar gratuitamente a las personas con discapacidad en el trayecto que medie entre el domicilio de las mismas y cualquier destino al que deban concurrir por razones familiares, asistenciales, educacionales, laborales o de cualquier otra índole que tiendan a favorecer su plena integración social. La reglamentación establecerá las comodidades que deben otorgarse a las mismas, las características de los pases que deberán exhibir y las sanciones aplicables a los transportistas en caso de inobservancia de esta norma. La franquicia será extensiva a un acompañante en caso de necesidad documentada. El resto del inciso a) de la mencionada norma mantiene su actual redacción. (Párrafo incorporado según ley 25634) A efectos de promover y garantizar el uso de estas unidades especialmente adaptadas por parte de las personas con movilidad reducida, se establecerá un régimen de frecuencias diarias mínimas fijas.

b) Estaciones de transportes: contemplarán un itinerario peatonal con las características señaladas, en el artículo 20 apartado a), en toda su extensión; bordes de andenes de textura reconocible y antideslizante; paso alternativo a molinetes; sistema de anuncios por parlantes; y servicios sanitarios adaptados. En los aeropuertos se preverán sistemas mecánicos de ascenso y descenso de pasajeros con movilidad reducida;

c) Transportes propios: las personas con movilidad reducida tendrán derecho a libre tránsito y estacionamiento de acuerdo a lo que establezcan las respectivas disposiciones municipales, las que no podrán excluir de esas franquicias a los automotores patentados en otras jurisdicciones. Dichas franquicias serán acreditadas por el distintivo de identificación a que se refiere el artículo 12 de la ley 19.279.

TITULO III

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTICULO 23°: (Texto según ley 23021) Los empleadores que concedan empleo a personas discapacitadas tendrán derecho al cómputo, a opción del contribuyente, de una deducción especial en la determinación del Impuesto a las ganancias o sobre los capitales, equivalente al SETENTA POR CIENTO (70%) de las retribuciones correspondientes al personal discapacitado en cada período fiscal.

A los efectos de la deducción a que se refiere el párrafo anterior, también se considerará las personas que realicen trabajos a domicilio.

La opción a que se refiere el presente artículo se ejercerá por cada ejercicio fiscal.

ARTICULO 24°: La Ley de Presupuesto determinará anualmente el monto que se destinará para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 4, inciso c) de la presente Ley. La reglamentación determinará en qué jurisdicción presupuestaria se realizará la erogación.

ARTICULO 25°: Sustitúyese en el texto de la Ley 20.475 la expresión “minusválidos” por “discapacitados”. Aclárase la citada Ley 20.475, en el sentido de que a partir de la vigencia de la Ley 21.451 no es aplicable el artículo 5 de aquélla, sino lo establecido en el artículo 49, punto 2 de la Ley 18.037 (t o. 1976).

ARTICULO 26°: Deróganse las Leyes 13.926, 20.881 y 20.923.

ARTICULO 27°: El Poder Ejecutivo Nacional propondrá a las provincias la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la presente Ley.

En el acto de adhesión a esta Ley, cada provincia establecerá los organismos que tendrán a su cargo en el ámbito provincial, las actividades previstas en los artículos 6, 7 y 13 que anteceden.

Determinarán también con relación a los organismos públicos y empresas provinciales, así como respecto a los bienes del dominio público o privado del estado provincial y de sus municipios, el alcance de las normas contenidas en los artículos 8 y 11 de la presente Ley. (Párrafo vigente según ley 25635) Asimismo se invitará a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir y/o incorporar en sus respectivas normativas los contenidos de los artículos 20, 21 y 22 de la presente. (Párrafo incorporado por ley 24314) Asimismo, se invitará a las provincias a adherir y/o a incorporar en sus respectivas normativas los contenidos en los artículos 20, 21 y 22 de la presente.

ARTICULO 28°: El Poder Ejecutivo Nacional reglamentará las disposiciones de la presente Ley dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días de su promulgación. (Párrafo incorporado por ley 24314) Las prioridades y plazos de las adecuaciones establecidas en los artículos 20 y

21 relativas a barreras urbanas y en edificios de uso público serán determinadas por la reglamentación, pero su ejecución total no podrá exceder un plazo de tres (3) años desde la fecha de sanción de la presente ley.

En toda obra nueva o de remodelación de edificios de vivienda, la aprobación de los planos requerirá imprescindiblemente la inclusión en los mismos de las normas establecidas en el artículo 21 apartado b), su reglamentación y las respectivas disposiciones municipales en la materia.

Las adecuaciones establecidas en el transporte público por el artículo 22 apartados a) y b) deberán ejecutarse en un plazo máximo de un año a partir de reglamentada la presente. Su incumplimiento podrá determinar la cancelación del servicio.

ARTICULO 29°: Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Anexo III

LEY PROVINCIA DE MENDOZA N° 5.041

RÉGIMEN DE PROTECCIÓN PARA LAS PERSONAS DISCAPACITADAS MENDOZA, 19 DE SETIEMBRE DE 1985

TITULO I

Normas generales (artículos 1 al 9)

CAPITULO I Objeto de la Ley, concepto y calificación del discapacitado (artículos 1 al 4)

Artículo 1

Art. 1.- Por la presente ley se establece el Régimen de Protección de las Personas Discapacitadas que les asegurará: a) La organización del sistema de protección; b) Atención médica, educación, seguridad social y aprovechamiento del tiempo libre; c) Franquicias e igualdad de oportunidades para su desempeño eficaz en la sociedad.-

Artículo 2

Art. 2.- A los efectos previstos en esta ley, se considera discapacitada a toda aquella persona que presente alteraciones funcionales físicas, mentales o sensoriales, permanentes o prolongadas, que en relación a su edad y medio social impliquen desventajas considerables para una adecuada integración familiar, social, educacional o laboral.

Artículo 3

Art. 3.- La certificación de la existencia de la discapacidad, de su naturaleza y grado, y de las posibilidades de rehabilitación del afectado, así como la indicación del tipo de actividad profesional o laboral que puede desempeñar, serán efectuada por una Junta Calificadora dependiente del organismo que se crea por el Art. 5 de la presente Ley. El certificado que se expida acreditará plenamente la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarla. Todos los datos e informaciones que hagan al estado del discapacitado, deberán ser consignados en el Registro Único del Discapacitado, el que dependerá del organismo creado en el Art. 5.-

Artículo 4

Art. 4.- La Junta Calificadora estará integrada por el Director de la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado, quien la presidirá y por cuatro (4) profesionales con especialidad en la materia, según lo determinará la reglamentación.

- CAPITULO II DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA ASISTENCIA INTEGRAL DEL DISCAPACITADO (ARTÍCULOS 5 AL 9)

Artículo 5

Art. 5.- Créase la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado, dependiente del Ministerio de Bienestar Social (Sub Secretaría de Promoción Social). El Instituto Concepción Jorba de Funes (Instituto de Internación de Diagnóstico Profundo), pasará a depender de esta Dirección. La misma tendrá las siguientes funciones: a) Realizar tareas de prevención, diagnóstico y tratamiento así como disponer los medios para la rehabilitación integral de todas aquellas personas comprendidas en el Art. 2 de la presente ley; b) Implementar los planes adecuados para lograr la formación laboral y/o profesional; c) Instrumentar sistemas de préstamos, subsidios, subvenciones y becas, destinados a facilitar la actividad laboral, intelectual y el desenvolvimiento social, como así mismo el tratamiento al que se hace referencia en el inciso a); d) Promover la educación en establecimientos comunes con los apoyos necesarios provistos gratuitamente o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no pueda cursar en escuelas comunes; e) Actuar de oficio para lograr el pleno cumplimiento de las medidas establecidas en la presente ley; f) Elaborar un plan provincial de largo alcance para rehabilitación del Discapacitado, que será incluido en los planes de desarrollo socio-económico de la Provincia; g) Prestar asistencia logística y técnica, con programas especiales tanto dentro del deporte comunitario, como los que hacen al uso del tiempo libre y la recreación; h) Reunir toda la información sobre la problemática que plantea el tema de la discapacidad; i) Desarrollar planes especiales en la materia y dirigir la investigación en el área de la discapacidad; j) Apoyar, subsidiar, coordinar y supervisar la

actividad de las entidades privadas sin fines de lucro que orienten sus acciones en favor de las personas discapacitadas; k) Proponer medidas adicionales a las establecidas en esta ley que tiendan a mejorar la situación de las personas discapacitadas y a prevenir las discapacidades y sus consecuencias; l) Estimular a través de los medios masivos de comunicación el uso efectivo de los recursos y servicios existentes, así como proponer al desarrollo del sentido de solidaridad social en la materia; ll) Realizar campañas de información pública, que tiendan a la orientación y/o promoción en el plano individual, familiar y social; m) Crear una bolsa de trabajo para discapacitados; n) Promover la creación de un banco de prótesis e instrumentos; ñ) Prestar asistencia técnica a las Municipalidades; o) Otorgar el certificado de discapacidad, el cual contendrá la especificación de su naturaleza y su grado como así las posibilidades de rehabilitación del afectado y la indicación de tipo de actividad laboral que pueda desempeñar teniendo en cuenta el dictámen de la Junta Calificadora; p) Expedir el carnet que identifique al discapacitado como tal, teniendo éste validez a esos efectos ante todas las autoridades que deban requerirlo; q) Subsidiar la participación de los discapacitados en las olimpiadas especiales;

Artículo 6

Art. 6.- La Dirección de Asistencia Integral del Discapacitado, será conducida por un Director -Clase 24-, el mismo será un profesional con idoneidad en la materia, designado por el Poder Ejecutivo que tendrá como funciones el cumplimiento de todos los principios para los cuales se crea este organismo.-

Artículo 7

Art. 7.- En el ámbito de la Dirección de Asistencia Integral del Discapacitado, funcionará una Comisión Asesora conformada de la siguiente manera: a) Un representante de Asociaciones sin fines de lucro, con personería jurídica vinculada con la asistencia a los discapacitados. Se tenderá a que sea un discapacitado; b) Un representante de asociaciones de padres, con personería jurídica, vinculada a la asistencia del discapacitado; c) Representantes del Poder Ejecutivo de las áreas de: Salud Pública, Educación y Deportes. La Comisión Asesora así conformada tendrá duración de un (1) año, a partir de la fecha de promulgación del Decreto de Constitución de la misma, pudiendo sus miembros poder ser reelegidos por nuevos períodos. Los representantes de las áreas no gubernamentales deberán ser propuestos en una terna que elevarán al Poder Ejecutivo dichas asociaciones.-

Artículo 8

Art. 8.- La Comisión Asesora tendrá por funciones: Proponer actividades, planes de trabajo, servir de nexo interinstitucional, asesorar y coadyuvar en las acciones que realice la Dirección.-

Artículo 9

Art. 9.- Créase el Registro Unico del Discapacitado, a los efectos de receptar y elaborar la información pertinente que posibilite el cumplimiento de la presente ley. Este Registro podrá

recabar los datos que estime necesario de los Organismos Públicos y Privados, quienes quedan obligados a proporcionarlos. Asimismo el Registro Unico brindará la información a las Instituciones Asistenciales, Educativas o de Investigación que las requieran con el propósito de apoyar los fines estipulados en la presente ley. El Registro Unico de Discapacitados dependerá de la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado, organismo que reglamentará su funcionamiento.

- TITULO II Normas especiales (artículos 10 al 33)

CAPITULO I

Del Ministerio de Bienestar Social (artículos 10 al 11)

Artículo 10

Art. 10 .- El Ministerio de Bienestar Social pondrá en ejecución programas a través de los cuales se habiliten en los efectores de salud, de sus jurisdicciones, de acuerdo con su grado de complejidad y el ámbito territorial por cubrir servicios especiales destinados a las personas discapacitadas. Dispondrá la creación de talleres protegidos terapéuticos y de producción y tendrá a su cargo la habilitación, registro y supervisión de los mismos.-

Artículo 11

Art. 11.- El Ministerio de Bienestar Social deberá establecer programas de acción destinados a apoyar en modo concreto los vínculos familiares del Discapacitado. Cuando por la circunstancia del caso la atención del mismo resulte altamente dificultosa en su grupo familiar, deberá proveer a su asistencia y protección a través de hogares de internación, parcial o total, mientras ello sea necesario, según lo determine la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado, quien fiscalizará el funcionamiento de tales establecimientos. El Ministerio de Bienestar Social promoverá y apoyará la creación de instituciones privadas, sin fines de lucro, a los fines precisados.-

CAPITULO II Del Ministerio de Educación (artículo 12)

Artículo 12

Art. 12.- El Ministerio de Cultura y Educación conjuntamente con la Dirección Provincial de Asistencia Integral al Discapacitado, tendrán a su cargo: a) Establecer sistemas de detección y derivación de los educandos discapacitados y reglamentar su ingreso en los diferentes niveles y modalidades y el egreso de los mismos, con arreglo a las normas vigentes, tendiendo a su integración al sistema educativo corriente; b) Orientar las derivaciones y controlar los tratamientos de los educandos discapacitados, en todos los grados educacionales especiales oficiales o privados, en cuanto dichas acciones se vinculen con la escolarización de los discapacitados; c) Efectuar el control de los servicios educativos no oficiales pertenecientes a su jurisdicción, para la atención de niños, adolescentes y adultos discapacitados, tanto en los aspectos de su creación como en lo correspondiente a su organización, supervisión y apoyo; d) Realizar evaluación y orientación vocacional de los educandos discapacitados con la

finalidad de derivarlos a tereas competitivas y talleres protegidos; e) Estimular la investigación educativa en el área de la discapacidad; f) Formar personal docente y profesional especializados para todos los grados educacionales de los discapacitados, promoviendo los recursos humanos necesarios para la ejecución de los programas de asistencia, docencia e investigación en materia de rehabilitación.- CAPITULO III Régimen laboral (artículos 13 al 18)

Artículo 13

Art. 13.- El Estado Provincial, sus Organismos Descentralizados o Autárquicos, las Empresas, Bancos y Sociedades del Estado ocuparán personas discapacitadas que reúnan las condiciones de idoneidad para el cargo, en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) del ingreso que se produzca anualmente, previo el dictamen y evaluación que establezca la Junta Calificadora.-

Artículo 14

Art. 14.- En todos los casos en que se conceda u otorgue el uso de bienes del dominio público o privado del Estado Provincial para la explotación de pequeños comercios, se dará prioridad a las personas discapacitadas que estén en condiciones de desempeñarse en tales actividades, siempre que las atiendan personalmente, aún cuando para ello necesiten del ocasional auxilio de terceros y representen el único o principal medio de vida. Será nula, de nulidad absoluta, la concesión o permiso otorgado si se observan transgresiones a las disposiciones del presente artículo. El organismo competente, de oficio o petición de parte, requerirá la revocación por ilegitimidad de tal concesión o permiso.-

Artículo 15

Art. 15.- Los Bancos estatales podrán otorgar créditos que tengan por objeto la instalación, aprovisionamiento y/o mejoramiento de los pequeños comercios a que se refiere el Art. 14 de la presente ley, cuyos montos, intereses, plazos, garantías y demás modalidades establecerán a tales efectos las citadas entidades.-

Artículo 16

Art. 16.- Los Agentes de la Administración Pública, cuyos hijos discapacitados y menos dotados concurren regularmente a establecimiento oficial o privado, controlado por autoridad competente, en el cual se presten servicios de rehabilitación, tendrán el derecho a una bonificación especial equivalente a la escolaridad primaria, media y superior de ayuda escolar según corresponda. Gozarán de igual derecho los tutores o curadores que acrediten fehacientemente tener a su cargo personas discapacitadas. Establécese que el monto de la bonificación por escolaridad primaria será el correspondiente a alumnos que cursen de cuarto (4to) a séptimo (7mo) grado.-

Artículo 17

Art. 17.- El órgano de aplicación de la Ley Nro. 3.794 promoverá los estudios tendientes a establecer un régimen previsional para los discapacitados.-

Artículo 18

Art. 18.- Los empleadores que concedan empleos a personas discapacitadas tendrán derecho a computar una deducción especial del cuarenta y cinco por ciento (45%) sobre el monto que resultare ingresado en concepto de Impuesto a los Ingresos Brutos, de los haberes mensuales que reciban esos empleados. En ningún caso el monto por deducir será superior al importe de dos (2) sueldos mínimos de la Administración Pública Provincial por cada empleado discapacitado y por trimestre. En el supuesto que los discapacitados desempeñen actividades establecidas en el Art. 14 o aquellos que trabajen en forma autónoma, resultarán beneficiarios en el pago del Impuesto sobre los Ingresos Brutos, en la forma que establezca la reglamentación.- CAPITULO IV Transporte y arquitectura diferenciada (artículos 19 al 22)

Artículo 19

Art. 19.- Las empresas de transporte público terrestre que operen regularmente en el territorio provincial, deberán transportar gratuitamente a las personas discapacitadas en el trayecto que medie entre el domicilio del discapacitado y el establecimiento educacional, laboral, sanitario y/o de rehabilitación y talleres protegidos a los que deben concurrir. La reglamentación establecerá las comodidades que deben otorgarse a los discapacitados, las características de la documentación que deberán exhibir y las sanciones a los transportistas en caso de inobservancia de esta norma.-

Artículo 20

Art. 20.- La Dirección Provincial de Transportes aceptará el distintivo de identificación a que se refiere el artículo 12 de la ley Nro. 19.279, el que servirá de única credencial para el libre tránsito y estacionamiento. No podrán excluirse de esas franquicias a los automóviles patentados en otras jurisdicciones.-

Artículo 21

Art. 21.- En toda obra pública que se proyecte en el futuro y que esté destinada a actividades que supongan el acceso de público, deberán preverse accesos, medio de circulación e instalaciones adecuadas para personas discapacitadas. La misma previsión deberá efectuarse para los edificios que en adelante se construyan o reformen, destinados a entes privados que presten servicio público y en los que se realicen espectáculos con acceso público. La reglamentación establecerá el alcance de las obligaciones impuestas en este artículo, atendiendo a las características y destino de las construcciones aludidas.-

Artículo 22

Art. 22.- El Instituto Provincial de la Vivienda, en el caso de aspirantes discapacitados, proveerá las unidades habitacionales por adjudicar, teniendo en cuenta, las necesidades técnicas especiales

CAPITULO V Tiempo libre, recreación y deporte (artículos 23 al 24)

Artículo 23

Art. 23.- El Estado Provincial a través de la Dirección Provincial de Asistencia Integral del Discapacitado: a) Fomentará el aprovechamiento del tiempo libre en actividades recreativas que se pondrán a su alcance; b) Apoyará la creación de entidades deportivas que aseguren el aprovechamiento al máximo de sus facultades y actitudes que aceleren el proceso de su integración o reintegración social; c) Dispondrá las medidas tendientes al aprovechamiento de Centros Deportivos Provinciales o Municipales y Clubes Deportivos que gocen de una concesión de terrenos otorgados por el Estado Provincial; d) Estimulará el estudio y desarrollo de planes, investigaciones técnicas y científicas relacionadas con el tiempo libre, recreación y deportes.-

Artículo 24

Art. 24.- Los discapacitados tendrán acceso gratuito a espectáculos públicos organizados por organismos del Estado, con la sola presentación del carnet a que se refiere la presente ley.-

CAPITULO VI Seguridad Social (artículos 25 al 27)

Artículo 25

Art. 25.- (Nota de Redacción) Modifica Art. 19 Ley 3.794 .-

Artículo 26

Art. 26.- (Nota de redacción) (Modifica Art. 23 Ley 3.794)

Artículo 27

Art. 27.- Los jubilados por invalidez podrán ejercer cargos públicos cuando la causa psicofísica originante del beneficio, no sea incompatible con las prescripciones constitucionales al respecto. En tal caso la percepción de los haberes jubilatorios se suspenderá hasta tanto cese en dichas funciones.-

CAPITULO VII Disposiciones complementarias (artículos 28 al 33)

Artículo 28

Art. 28.- La Ley de Presupuesto determinará anualmente el monto que se destinará para dar cumplimiento a lo previsto en la presente ley.-

Artículo 29

Art. 29.- Facúltase al Poder Ejecutivo a afectar la partida necesaria así como la de Ayuda Social Directa presentada por la Dirección de Ancianidad e Invalidez, para el correcto funcionamiento de la repartición creada por el Art. 5, durante el transcurso del ejercicio 1.985.-

Artículo 30

Art. 30.- Serán aplicables subsidiariamente al régimen de la presente ley, las disposiciones establecidas en la Ley Nro. 3.909

Artículo 31

Art. 31.- El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los noventa (90) días de su promulgación.- Artículo 32 Art. 32.- Derógase la Ley 4.826 y toda otra disposición que se oponga a la presente Ley. Artículo 33 Art. 33.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.-

Anexo IV

LEY NRO. 26.657 LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I Derechos y garantías

Artículo 1° -

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 2°

Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de

1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II Definición

Art. 3° -

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Art. 4° -

Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

Art. 5° -

La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. Capítulo III Ambito de aplicación

Art. 6°

Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley. Capítulo IV Derechos de las personas con padecimiento mental

Art. 7° -

El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; b) Derecho a conocer y preservar su

identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe; f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión; i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales; k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente; n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados; p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V Modalidad de abordaje

Art. 8° -

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Art. 9° -

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Art. 10. –

Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley. Las personas con discapacidad

tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

Art. 11.

- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Art. 12. –

La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Capítulo VI Del equipo interdisciplinario

Art. 13.

-Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII Internaciones

Art. 14. –

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Art. 15.

La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

Art. 16. –

Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

Art. 17. –

En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

Art. 18. –

La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

Art. 19. –

El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

Art. 20. –

La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

Art. 21. –

La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe: a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley; b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o; c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata. El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

Art. 22. –

La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

Art. 23. –

El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

Art. 24. –

Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación. Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

Art. 25.

- Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

Art. 26. –

En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

Art. 27. –

Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

Art. 28. –

Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

Art. 29. –

A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional. Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema. Capítulo VIII Derivaciones

Art. 30. –

Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona. Capítulo IX Autoridad de Aplicación

Art. 31. –

El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

Art. 32. –

En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Art. 33. –

La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados

internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

Art. 34. –

La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

Art. 35. –

Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

Art. 36. –

La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Art. 37. –

La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente. Capítulo X Órgano de Revisión

Art. 38. –

Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental. Art. 39. - El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

Art. 40. –

Son funciones del Organo de Revisión: a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos; b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado; c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez; d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley; e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes; f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares; g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades; h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación; i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos; j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones; k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental; l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias. Capítulo XI Convenios de cooperación con las provincias

Art. 41. –

El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán: a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley; b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades; c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley. Capítulo XII Disposiciones complementarias

Art. 42. –

Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil: Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

Art. 43. –

Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:
Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial. Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

Art. 44. –Derógase la Ley 22.914.

Art. 45. – La presente ley es de orden público.

Art. 46. –Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

Bibliografía

- 22.431, L. (16 de Marzo de 1981). Regimen de Protección para las personas con Discapacidad. Buenos Aires.
- 24.901, L. (05 de Noviembre de 1997). Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad. Buenos Aires.
- 26.657, L. (25 de Noviembre de 2010). Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires.
- 5.041, L. (19 de Septiembre de 1985). Régimen de Protección de las Personas con Discapacidad. Mendoza.
- AMADÍO, D., & DI CLEMENTE, L. y. (2004). La problemática de la discapacidad: undesafia en la formación de los Trabajadores Sociales. En A. DELL'ANNO, & M. y. CORBACHO, *Alternativas de la diversidad social: las personas en situación de discapacidad* (pág. 227). Buenos Aires: Espacio.
- AMICO, L. d. (2004). *Desmanicomialización: “Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental”*. Recuperado el 19 de 03 de 2014, de Margen 35: Revista

de Trabajo Social y Ciencias Sociales:

<http://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>

Artola de Piezzi Amanda, P. R. (2000). Familia: un signo de pluralidad y esperanza, entre la crisis y el desconcierto. En *La Familia en la Sociedad Pluralista*. Editorial Espacio.

Baleato, C. (2006). Documeto de Cátedra: “Problemática de la familia, niñez, adolescencia y ancianidad”. *Reflexión acerca de la Discapacidad en la Familia*. Mendoza, UNCuyo.

Bogdan., S. J. (s.f.). “Introducción a los método cualitativos de investigación”. Edición Paidós.

Clasificación Internacional de Funcionalidad, d. l. (2001). OMS.

Convencion, C. I. (13 de Diciembre de 2006). ONU. Nueva York.

De Jong, E. (2001). La familia en los albores del nuevo milenio. En E. De Jong. España: Espacio.

Del Valle, F. (s.f.). Recuperado el 14 de Marzo de 2014, de
<http://es.scribd.com/doc/5365753/TIPOS-DE-FAMILIAS>

Ferreira, M. (2008). Una aproximación a la discapacidad desde el modelo social: apuntes cracteriológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 141-174.

FOUCAULT, M. (1990). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Garcia, S. (2009). Trama Vincular en Conflicto. Crisis Familiares: relaciones familiares, acontecimientos que cambian la vida. Un enfoque evolutivo. *Carrera Trabajo Social. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo. Problemática de la Familia, Niñez, Adolescencia y Ancianidad*. Mendoza.

Goffman, E. (1980). *Internados. Ensayos sobre la situación Social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrotu.

Hernández Sampieri, R. (1994). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

IMAMOTTO, M. (1997). *Servicio social y división del trabajo*. Cortez.

INDEC. (2010). *CENSO DE POBLACION, HOGARES Y VIVIENDAS* . Recuperado el 08 de 03 de 2014, de
http://www.censo2010.indec.gov.ar/archivos/novedades/gacetilla_29_12_11.pdf

- Informe, I. s. (s.f.). *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Recuperado el 05 de Diciembre de 2013, de http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf.
- Krmpotic, A. &. (2003). *Trayectoria familia, ciclos políticos y bienestar*. Espacio.
- KRMPOTIC, C. y. (2003). En *Trayectoria familiar, ciclos políticos y bienestar* (pág. Capítulo 1). Buenos Aires: Espacio.
- KRMPOTIC, C. Y. (2003). *Trayectoria Familiar, ciclos políticos y bienestar*. Buenos Aires: Pag 25-26.
- Ley Nacional 26.378. (s.f.). *Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
- Mansell, J. -B. (s.f.). *Desinstitucionalización y vida en la comunidad*. Recuperado el 05 de Diciembre de 2013, de Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID) : <https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdigitalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3723563.pdf&ei=ByKhUsquJq7MsQSViYG4BQ&usg=AFQjCNEPnvoqTy4c7SsOe3kcOk18o8B1Lg&bvm=bv.57155469,d.cWc>.
- NOGUÉS, C. (2006). “Familia, Discapacidad y Derechos Humanos”. En C. EROLES, *Familia (s), Estallido, Puente y Diversidad: Una Mirada Transdisciplinaria de Derechos Humanos*. (pág. 129). Buenos Aires: Espacio Editorial.
- O.M.S. (s.f.). *Salud Mental y Derechos Humanos*. Recuperado el 20 de Marzo de 2014, de http://www.conabip.gob.ar/sites/default/files/salud_mental_y_derechos_humanos.pdf
- Pantano, L. (1993). *La discapacidad como problema social: un enfoque sociológico. Reflexiones y propuestas*. Buenos Aires: Eudeba.
- PONCE DE LEON, A. (2006). “La familia, desde una perspectiva histórico-social”. En C. EROLES, *Familia (s), estallido, puente y diversidad: una mirada transdisciplinaria de derechos humanos*. (págs. 40-41). Buenos Aires: Espacio.
- PORTIELES, A. C. (2002). En *Crisis, Familia y Psicoterapia*. (pág. 118). La Habana: CIP.
- ROJO VIVOT, A. (2010). *Medios de comunicación social y personas con discapacidad*. Mendoza: Fundación Gutenberg mendoza.
- ROLLAND, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.

- Salud, O. M. (2001). Convención Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra, Suiza.
- SALUD, O. M. (2011). *Resumen “Informe sobre la discapacidad”*. Recuperado el 08 de 03 de 2014, de http://www.conadis.gov.ar/doc_publicar/informe%20mundial/Informe%20mundial.pdf
- SANTIN, E. (2013). Discapacidad y Familia. *Documento de Cátedra. Problemática de la Familia, Niñez, Adolescencia y Ancianidad*. Mendoza.
- SERRAT, M. (2004). En *Sobre los modelos aplicados a la interpretación, clasificación y atención de las discapacidades* (págs. 111-112-113). Buenos Aires: Espacio.
- SILBERKASTEN, M. (2006). En *La construcción imaginaria de la discapacidad* (págs. 21-28). Buenos Aires: Topía Editorial.
- SILBERKASTEN, M. (2006). *La Construcción Imaginaria de la Discapacidad*. Buenos Aires: Topía.